



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A importância dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual

Paula Alexandra Dias Teixeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Versão Definitiva Após Defesa

Orientador: Prof. Doutor Henrique Marques Pereira

Covilhã, junho de 2017

Agradecimentos

Nesta fase tão importante da minha vida existem muitas pessoas que merecem a minha gratidão, porque me acompanharam, auxiliaram, me deram forças e escutaram, sempre com uma palavra amiga e sábia.

À minha família, em especial aos meus pais e aos meus irmãos, que eu amo muito e por quem eu estou muito grata por fazerem sempre o melhor que puderam por mim, bastava um sorriso ou um brilho no olhar para me apoiarem e inspirarem. Foram eles que me guiaram e que contribuíram imenso para a realização deste sonho.

Ao meu namorado e aos meus amigos por estarem sempre ao meu lado, por toda a amizade e carinho, por me apoiarem incondicionalmente e por toda a ternura com que sempre me trataram nas alegrias, nas tristezas e, especialmente, em todas as dificuldades académicas e pessoais pelas quais passei desde o dia em que nos conhecemos e que eu jamais irei esquecer.

Ao professor Dr. Henrique Pereira, orientador desta dissertação, um agradecimento muito especial por todo o apoio e suporte fornecido, por toda a sua sabedoria, pela transmissão dos seus conhecimentos valiosos, coragem e pela serenidade que transmite com a sua maneira de estar e de ser.

A todos que me ajudaram direta e indiretamente na realização desta investigação.

Muitíssimo obrigada a todos aqueles com quem me cruzei e vou aprendendo!

Resumo

A presente dissertação é exibida no formato de artigo científico, sendo que os objetivos desta investigação são determinar a relação preditiva, através de um modelo de regressão múltipla hierárquica, da influência dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual. Para tal, pretende-se comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre homens e mulheres, e comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas.

Esta dissertação também conta com um anexo teórico que complementa o artigo e onde estão desenvolvidos detalhadamente todos os constructos abordados e se acrescentam outras temáticas que são relevantes para o tema em estudo, com o intuito de consolidar os fundamentos teóricos que sustentam o artigo empírico.

Palavras-chave

Funcionamento sexual; Indicadores biomédicos.

Abstract

The following dissertation is displayed as a scientific article format, and this investigation objectives are to determine the predictive relation through a multiple hierarchical regression model of the sexual functioning biomedical indicators influence. To do this we aim to compare the difference between levels of sexual functioning among men and women and the difference of sexual functioning between younger and older people.

This dissertation also has a theoretical annex that complements the article and where all the discussed constructs are developed in detail and added another topics that are relevant to studied subject, with the purpose of consolidating the theoretical foundations that support the empirical article.

Keywords

Sexual functioning; Biomedical indicators.

Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos	xv
Capítulo 1: Introdução.....	1
Capítulo 2: A importância dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual ..	3
2.1. Resumo	3
2.2. Introdução.....	4
2.3. Método	8
2.3.1. Participantes	8
2.3.2. Instrumentos.....	10
2.3.3. Procedimento	12
2.4. Resultados.....	13
2.5. Discussão	29
2.6. Referências.....	33
Capítulo 3: Discussão Geral	41
Anexos	43

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo Biopsicossocial das funções sexuais	58
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra	8
Tabela 2: Resultados para o interesse sexual da amostra	13
Tabela 3: Resultados para a capacidade de obter estimulação/excitação sexual	14
Tabela 4: Resultados para a capacidade para obter orgasmos	14
Tabela 5: Resultados para a capacidade dos homens para atingir e manter ereção ou as mulheres uma lubrificação	15
Tabela 6: Resultados para a satisfação da amostra com a sua vida sexual	16
Tabela 7: Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta o género sexual	18
Tabela 8: Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta a idade, grupo dos mais novos e mais velhos	20
Tabela 9: Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta a medicação	23
Tabela 10: Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta se tem ou não doença diagnosticada	25
Tabela 11: Matriz de correlação de fatores do funcionamento sexual e de variáveis biomédicas	27
Tabela 12: Resultados para o modelo de regressão múltipla hierárquica preditivo do funcionamento sexual global da amostra	28

Lista de Acrónimos

AR	Recetores de androgénios
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CT	Colesterol total
DE	Disfunção erétil
DHT	Di-hidrotestosterona
DIU	Dispositivo intrauterino
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ER	Recetores estrogénicos
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
GABA	Ácido gama-aminobutírico
GDH-FAD	Glucose deshidrogenase con flavina-adenina dinucleótido
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Peso corporal em quilogramas
LCR	Líquido cefalorraquidiano
m	Altura em metros
MGH-SFQ	<i>Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire</i>
MGH 1	Interesse sexual
MGH 2	Capacidade de obter estimulação/excitação sexual
MGH 3	Capacidade para obter orgasmos
MGH 4	Capacidade dos homens para atingir e manter ereção ou as mulheres uma lubrificação
MGH 5	Satisfação com a vida sexual
MGH Total	Funcionamento sexual global
M_H	Valor médio dos homens
M_M	Valor médio das mulheres

MMN	Núcleo mamilar medial
M_N	Valor médio do grupo dos mais novos
M_{ND}	Valor médio do grupo que não tem doença diagnosticada
M_{NM}	Valor médio do grupo que não toma medicação
MPOA	Pré-ótica medial
M_{SD}	Valor médio do grupo que tem doença diagnosticada
M_{SM}	Valor médio do grupo que toma medicação
M_V	Valor médio do grupo dos mais velhos
NGF	Fator de crescimento do nervo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVN	Núcleo paraventricular
SNC	Sistema Nervoso Central
TG	Triglicéridos
TL	Testosterona Livre
TT	Testosterona Total
UBI	Universidade da Beira Interior

Capítulo 1

Introdução

O principal objetivo do presente estudo é determinar a relação preditiva, através de um modelo de regressão múltipla hierárquica, da influência dos indicadores biomédicos (glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão sistólica, pressão diastólica, pulsação e índice de massa corporal (IMC)) no funcionamento sexual. A partir deste objetivo geral estabeleceram-se outros mais específicos tais como, comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre homens e mulheres, e comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas.

O estudo da sexualidade, nomeadamente do funcionamento sexual, reveste-se de grande pertinência, procurando-se com este trabalho uma contribuição científica para a compreensão e explicação deste fenómeno.

O capítulo 2 desta dissertação é constituído por um artigo científico onde se tenta dar respostas metodológicas aos objetivos anteriormente apresentados. A amostra é constituída por 225 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos. Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico, o *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) e o Questionário de avaliação dos indicadores biomédicos. A amostra foi recolhida através de disseminação *online* pelas redes sociais e presencialmente nas instalações da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) na Universidade da Beira Interior (UBI). Neste capítulo também se apresentam os resultados do estudo e a respetiva discussão.

É apresentada uma discussão geral no capítulo 3, onde se discute as implicações dos resultados e se elaboram reflexões sobre a aquisição de competências de investigação.

Por último, anexa-se a esta dissertação o anexo teórico, onde se pretende descrever e desenvolver detalhadamente todos os conceitos abordados e onde se acrescentam novas temáticas que sejam relevantes para o tema. Posto isto, neste capítulo são abordados os seguintes temas: (1) resposta sexual humana e/ou funcionamento sexual, no qual se destacam as diversas disfunções sexuais que existem, (2) o modelo biológico da sexualidade vs. modelo psicossocial, (3) desenvolvimento das perspetivas de investigação sobre a sexualidade, (4) substâncias bioquímicas implicadas na sexualidade, (5) as principais estruturas cerebrais implicadas na sexualidade e suas funções e (6) a importância das variáveis biomédicas no funcionamento sexual.

Tendo em conta que em Portugal é escassa a investigação que relacione as variáveis biomédicas com o comportamento humano, mais concretamente a interferência dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual, pode-se afirmar que esta investigação é

pioneira e tem extrema relevância e pertinência, tanto a nível científico como a nível social, e é um grande contributo para a Psicologia e para as outras áreas da saúde.

Posto isto, é importante que os técnicos de saúde mental se debrucem mais sobre estes temas e que criem planos eficientes, assim como investigações de modo a que se reúna mais informação e que se aprofunde o conhecimento na área de intervenção sexológica.

Capítulo 2

A importância dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual

2.1. Resumo

Um dos aspetos fundamentais da sociedade moderna é a sexualidade, sendo um assunto de bastante interesse para a investigação, com o intuito de se compreender cada vez melhor o comportamento humano.

Na presente investigação pretendeu-se analisar a influência dos indicadores biomédicos, tais como o índice de massa corporal, glicémia, colesterol total, triglicéridos, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e arritmia, no funcionamento sexual.

A amostra é constituída por 225 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos de idade, sendo que 107 são do sexo masculino e 117 do sexo feminino. A amostra foi maioritariamente recolhida nas instalações da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade da Beira Interior (UBI).

Neste estudo aplicou-se um Questionário Sociodemográfico e dois instrumentos que são adequados aos objetivos, o *Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) e o *Questionário de avaliação dos indicadores biomédicos*.

Dos resultados obtidos, destaca-se que 59.6% (N=134) dos participantes apresentam níveis para o funcionamento sexual global abaixo dos valores esperados. Os resultados também demonstraram que os homens pontuam melhor funcionamento sexual global quando comparado com as mulheres ($M_H = 17.21$; $M_M = 15.92$). No que concerne aos indicadores biomédicos, são as mulheres que, no geral, apresentam melhores níveis para a saúde (glicémia: $M_H = 118.33$, $M_M = 107.46$; colesterol total: $M_H = 166.29$, $M_M = 176.87$; triglicéridos: $M_H = 143.96$, $M_M = 141.55$; pressão sistólica: $M_H = 129.60$, $M_M = 123.29$; pressão diastólica: $M_H = 78.16$, $M_M = 75.93$; pulsação: $M_H = 75.40$, $M_M = 75.44$; IMC: $M_H = 26.37$, $M_M = 24.93$). Relativamente à idade é o grupo dos mais novos que, no geral, apresenta melhor funcionamento sexual global ($M_N = 18.52$, $M_V = 14.51$) e melhores níveis para a saúde nos indicadores biomédicos (glicémia: $M_N = 101.70$, $M_V = 124.54$; colesterol total: $M_N = 154.31$, $M_V = 186.48$; triglicéridos: $M_N = 131.06$, $M_V = 155.51$; pressão sistólica: $M_N = 124.78$, $M_V = 127.85$; pressão diastólica: $M_N = 74.92$, $M_V = 79.03$; pulsação: $M_N = 76.02$, $M_V = 74.90$; IMC: $M_N = 24.00$, $M_V = 27.17$), quando comparado com o grupo dos mais velhos. Também é de salientar que são os participantes que tomam medicação ($M_{SM} = 14.52$; $M_{NM} = 18.38$) e/ou têm doença

diagnosticada ($M_{SD} = 14.83$; $M_{ND} = 18.12$) que apresentam piores níveis para o funcionamento sexual e piores níveis para a saúde nos indicadores biomédicos. Da regressão múltipla hierárquica entre o funcionamento sexual global e as variáveis biomédicas destacam-se os coeficientes de correlação estatisticamente significativos para o IMC ($r = -.253$; $p < .001$), glicémia ($r = -.230$; $p < .001$) e colesterol total ($r = -.144$; $p < .05$).

Em jeito de conclusão, salienta-se que uma percentagem significativa da amostra (48%) não apresenta o funcionamento sexual global com valores desejáveis. Os homens pontuam em todos os domínios do funcionamento sexual melhores resultados médios do que as mulheres. A idade interfere no funcionamento sexual, sendo que as pessoas mais velhas apresentam piores resultados quando comparadas com as pessoas mais novas, logo pior funcionamento sexual global. Verificou-se também a importância do efeito mediador das variáveis biomédicas no funcionamento sexual.

Palavras-chave: Funcionamento sexual; Indicadores biomédicos; Sexualidade.

2.2. Introdução

A experiência humana integra diversos processos e a função sexual é um deles e esta está associada a relacionamentos íntimos e prazerosos, assim como à qualidade de vida (Diamond, & Huebner, 2012, McCarthy, & Wald, 2013). Quando os mecanismos sexuais que estão na base da resposta sexual humana (Frohlich, & Meston, 2002) estão de certa forma condicionados, podemos falar de disfunção sexual.

As disfunções sexuais integram um grupo heterogéneo de perturbações que se caracterizam por alterações clinicamente significativas na capacidade de uma pessoa sentir prazer sexual ou de responder sexualmente. É de realçar que as disfunções sexuais integram a ejaculação retardada, a disfunção erétil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, a perturbação de dor genitopélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino, a ejaculação prematura (precoce), a disfunção sexual induzida por substância/medicamento, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas (APA, 2013).

Pode-se afirmar que as disfunções sexuais constituem um problema que ainda é bastante prevalente e de grande impacto na população mundial (Marchal-Bertrand et al., 2016; World Health Organization, 2000; Spector, & Carey, 1990), podendo surgir durante diferentes fases do ciclo de resposta sexual. Deste modo, pode ser afetado o desejo, a excitação, o orgasmo e a satisfação sexual (American Psychiatric Association, 2013; Laumann, Paik, & Rosen, 1999). De acordo com diversos estudos a prevalência de disfunção sexual varia

de acordo com os géneros, sendo que nos homens a sua prevalência é de cerca de 20% a 30%, enquanto que nas mulheres é de cerca de 30% a 45% (DeRogatis, & Burnett, 2008; Laumann et al., 1999; Lewis, 2011; Lewis et al., 2004; Lewis et al., 2010; Nicolosi et al., 2004; Nicolosi, Glasser, Kim, Marumo, & Laumann, 2005; Read, King, & Watson, 1997; Rosen, 2000), é de salientar que estes dados são congruentes com as estimativas obtidas na população portuguesa (Vendeira, Pereira, Tomada, & de Carvalho, 2011).

A idade também é um aspeto a ter em conta neste tema, visto que existem bastantes estudos que realçam que a disfunção sexual aumenta bastante com a idade (Castelo-Branco et al., 2003; Cayan et al., 2004; Lewis et al., 2004; Moore et al., 2013; Wang, Wang, Wang, & Li, 2015; Whitehouse, 2009), aumentando a prevalência de aproximadamente 22% na faixa etária dos 40-44 anos para 66% na faixa etária dos 60-64 anos (Castelo-Branco et al., 2003).

Noutro estudo realizado com mulheres dos Estados Unidos, constatou-se que o problema sexual mais comum era o baixo desejo sexual com uma prevalência de 38.7%, sendo que problemas com a excitação (26.1%) e dificuldades em obter o orgasmo (20.5%) já não eram tão comuns (Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008).

Num estudo realizado com 500 mulheres portuguesas, os resultados indicaram que 37.9% das mulheres portuguesas relatam sintomas de problemas sexuais, sendo que a dificuldade sexual mais frequente foi a falta de desejo (25.4%), seguido por problemas ao nível do orgasmo (16.8%), excitação sexual (15.1%), dificuldades na lubrificação (12.9%), dispareunia (9.8%) e vaginismo (6.6%) (Peixoto, & Nobre, 2015).

Relativamente à disfunção erétil (DE) podemos salientar que, segundo os estudos já existentes, a sua prevalência aumenta com a idade (Derosa, Romano, Tinelli, D'Angelo, & Maffioli, 2015; Dias et al., 2016; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994; Fung, Bettencourt, & Barrett-Connor, 2004; Johannes et al., 2000; Marumo, & Murai, 2001; Martin-Morales et al., 2001; Nicolai et al., 2014; Omland, Randby, Hrubos-Strøm, Røsjø, & Einvik, 2016; Pinnock, Stapleton, & Marshall, 1999; Rosen, Fisher, Eardley, Niederberger, Nadel, & Sand, 2004; Teles et al., 2008; Zheng, Fan, Li, & Tam, 2006). Num estudo realizado por Martin-Morales e colaboradores (2001), os homens de 60 a 70 anos obtiveram um aumento de 10 vezes na prevalência de disfunção erétil quando comparado com homens com idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos. No estudo de Teles e colaboradores (2008) com a população portuguesa, os homens entre os 40 e os 49 anos de idade obtiveram 29% de prevalência de disfunção erétil, os que tinham idade compreendida entre os 50 e os 59 anos obtiveram 50% e os de 60 aos 69 anos obtiveram 74%. Ainda neste estudo português encontrou-se uma prevalência global de DE de 63% nos homens que apresentavam algum tipo de doença, nomeadamente diabetes (66%), insuficiência cardíaca (66%) e hipertensão (58%).

Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2006), num estudo que realizaram com um grupo de indivíduos portugueses, obtiveram que a disfunção sexual feminina mais comum foi o desejo sexual hipoativo (40.4%), seguido pelo vaginismo (25.5%), perturbação do orgasmo (21.3%), dispareunia (6.4%), perturbação de excitação sexual (4.3%) e, por último, a aversão sexual (2.1%). Relativamente ao grupo masculino, a queixa mais frequente foi a disfunção erétil

(69.4%), seguido pela ejaculação precoce (22.4%). Apenas 4.1% dos homens apresentaram perturbações do orgasmo, 2% apresentaram desejo sexual hipoativo e 2% apresentou disfunção sexual não especificada.

Gomes e Nobre (2014) realizaram um estudo em Portugal com uma amostra de 650 indivíduos e os resultados indicaram que as dificuldades sexuais eram relativamente comuns. A dificuldade sexual mais predominante na amostra foi a ejaculação precoce (23.2%), seguidamente foi a disfunção erétil (10.2%), as dificuldades ao nível do orgasmo (8.2%) e baixo desejo sexual (2.9%).

A experiência de disfunção sexual pode ser influenciada quer por variáveis psicológicas, quer por variáveis biomédicas. Também se pode salientar que a disfunção sexual está diretamente relacionada com o índice de massa corporal - IMC (Wang, Wang, Wang, & Li, 2015) e com a diabetes (Erten, Zincir, Özkan, Selçuk, & Elmah, 2013; Wang et al., 2015). Por seu turno, os níveis de triglicéridos elevados, altos níveis de colesterol (Pinnock *et al.*, 1999; Fung, Bettencourt, & Barrett-Connor, 2004), e elevado índice de massa corporal são preditores de baixo funcionamento sexual (Pinnock et al., 1999).

Os pacientes com disfunções sexuais apresentam uma alta incidência de doenças cardiovasculares (Anyfanti et al., 2013; DeBusk et al., 2000; Stein, Sardinha, & Araújo, 2016) e hipertensão arterial (Nascimento, Maia, Nardi, & Silva, 2015).

Existem condições médicas e fatores de risco, como doença cardiovascular (Dong, Zhang, & Qin, 2011; Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Gandaglia et al., 2014; Gandaglia et al., 2016; Jackson, 2006; Johannes et al., 2000; Nicolai et al., 2014; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004), hipertensão (Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Johannes et al., 2000; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004) e diabetes que estão associados diretamente com o aumento da prevalência de disfunção erétil (Chew, Earle, Stuckey, Jamrozik, & Keogh, 2000; Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Hatzimouratidis, & Hatzichristou, 2009; Johannes et al., 2000; Laumann et al., 2007; Martin-Morales et al., 2001; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004).

Apesar dos estudos epidemiológicos ainda serem bastante frequentes nos outros países, em Portugal pode-se dizer que existe falta de dados publicados sobre a prevalência de disfunções sexuais entre a população portuguesa.

Na medida em que não existe em Portugal nenhum estudo sobre este tema, realizou-se a presente investigação cujo objetivo é determinar a relação preditiva, através de um modelo de regressão múltipla hierárquica, da influência dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual. A partir deste objetivo geral estabeleceram-se outros mais específicos tais como, comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre homens e mulheres, e comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas.

De acordo com os estudos revistos, espera-se encontrar altas prevalências de disfunção sexual no género feminino, quando comparado com o género masculino. Também é

de esperar que os jovens tenham melhor funcionamento sexual quando comparados com a população mais velha. Presume-se que exista relação entre algumas variáveis biomédicas, como é o caso da pressão arterial, glicémia e IMC, e o funcionamento sexual.

Posto isto, realizaram-se as seguintes relações hipotetizadas que se vai procurar testar no âmbito desta investigação e que integra o cerne do presente trabalho: é preditor de melhor funcionamento sexual níveis normativos dos indicadores biomédicos; os homens têm melhor funcionamento sexual do que as mulheres; as pessoas mais novas têm melhor funcionamento sexual do que as pessoas mais velhas.

2.3. Método

2.3.1. Participantes

A amostra utilizada é constituída por 225 indivíduos saudáveis (tabela 1). Foi recolhida presencialmente na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade da Beira Interior (UBI), com a respetiva autorização para passar questionários e para recolher os indicadores biomédicos, e através de disseminação *online* nas redes sociais. Para a caracterização desta amostra delimitaram-se os seguintes critérios de exclusão: indivíduos fumadores e mulheres que tomam pílula.

Do total de participantes, 107 (47.80%) são homens e 117 (52.20%) são mulheres, com uma média de aproximadamente 41 anos e o desvio padrão de 18.46 ($M= 40.53$; $DP= 18.46$). Relativamente ao estado marital, 74 (33.20%) são casados, 69 (30.90%) são solteiros e 37 (16.60%) referem estar a namorar ou terem um compromisso afetivo. Além disso, 18 (8.10%) estão em união de facto, 16 (7.20%) estão divorciados ou separados, e 9 (4.00%) estão viúvos. Em relação ao local de residência é de constatar que a maior parte dos participantes habita numa pequena cidade (169, 75.40%), 28 (12.50%) habitam numa grande cidade, 19 (8.50%) num pequeno meio rural e apenas 8 (3.60%) num grande meio rural. Ao nível da escolaridade é de salientar que 82 (38.70%) possuem até 12 anos de escolaridade, 65 (30.70%) têm licenciatura ou bacharelato, 34 (16.00%) possuem até 9 anos de escolaridade e 31 (14.60%) têm mestrado ou doutoramento. Quando questionados sobre a sua situação profissional, 71 (31.80%) afirmaram serem estudantes, 68 (30.50%) trabalhadores por conta de outrem, 27 (12.10%) reformados, 25 (11.20%) trabalhadores por conta própria, 23 (10.30%) desempregados e 9 (4.00%) trabalhadores-estudantes. No que se refere ao estatuto socioeconómico salienta-se que 111 (49.80%) afirmam ter estatuto socioeconómico médio, 72 (32.30%) baixo-médio, 22 (9.90%) médio-alto, 15 (6.70%) baixo e apenas 3 (1.30%) classificam terem um estatuto socioeconómico alto. Por último, quando inquiridos sobre a sua orientação sexual, a grande maioria autoidentificou-se como heterossexual (196, 87.50%), 20 (8.90%) autoidentificaram-se como homossexuais e 8 (3.60%) como bissexuais (tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (n=225)

	N	% válida	Média	Desvio padrão
Idade	212		40.53	18.46
Género sexual				
Homem	107	47.80		
Mulher	117	52.20		
Estado marital				
Casado	74	33.20		

Solteiro	69	30.90
Divorciado/Separado	16	7.20
Viúvo	9	4.00
União de facto	18	8.10
Namoro/Compromisso afetivo	37	16.60
Local de residência		
Uma pequena cidade	169	75.40
Uma grande cidade	28	12.50
Um pequeno meio rural	19	8.50
Um grande meio rural	8	3.60
Escolaridade		
Até 9 anos	34	16.00
Até 12 anos	82	38.70
Formação universitária (Lic./Bach.)	65	30.70
Formação universitária (Mest./Dout.)	31	14.60
Situação profissional		
Desempregado	23	10.30
Estudante	71	31.80
Trabalhador-estudante	9	4.00
Trabalhador por conta de outrem	68	30.50
Trabalhador por conta própria	25	11.20
Reformado	27	12.10
Estatuto socioeconómico		
Baixo	15	6.70
Baixo-médio	72	32.30
Médio	111	49.80
Médio-alto	22	9.90
Alto	3	1.30
Orientação Sexual		
Heterossexual	196	87.50
Bissexual	8	3.60
Homossexual	20	8.90

2.3.2. Instrumentos

Para a concretização dos objetivos da presente investigação utilizou-se um Questionário Sociodemográfico que foi elaborado por nós de modo a abranger um conjunto de questões que nos possibilitam a realização do levantamento de informação geral dos participantes. No qual reunimos um conjunto de questões com o intuito de recolher informação pertinente para a caracterização da amostra, tais como a idade, género sexual, escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e orientação sexual.

Para se avaliar o funcionamento sexual utilizou-se o *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ) (Labbate & Lare, 2001), que foi desenvolvido com base no *Guided Interview Questionnaire* e no *Arizona Sexual Experience Scale* (Fava, Rankin, Alpert, Nierenberg, & Worthington, 1998) e, além da validação original norte-americana, também já existem validações para a população colombiana (Marchal-Bertrand et al., 2016) e espanhola (Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias, & Fernández, 2012). Este questionário é utilizado como uma medida fiável do funcionamento sexual quer nas populações normativas, quer na identificação de disfunções sexuais em populações clínicas (Dording, Mischoulon, Shyu, Alpert, & Papakostas, 2012; Hoyer, Uhmman, Rambow, & Jacobi, 2009; Taylor et al., 2013), sendo que para a população portuguesa já foi avaliada, explorada e submetida uma versão deste instrumento, onde foi obtido um *alfa de cronbach* de 0.95 (Pereira, 2017), o que é excelente para dar fiabilidade a este instrumento (Maroco, & Garcia-Marques, 2013).

O MGH-SFQ é constituído por uma escala tipo de *Likert* e abrange cinco itens diferentes que avaliam o interesse e a excitação sexual, a capacidade de obter orgasmos, a capacidade de alcançar e manter uma ereção (para os homens) ou uma lubrificação (para as mulheres) e satisfação geral com a vida sexual (Abler et al., 2011; Ball et al., 2014; Labbate & Lare, 2001; Sierra et al., 2012). As pontuações mais elevadas obtidas no MGH-SFQ indicam melhor funcionamento sexual. O seu reduzido número de itens faz com que este instrumento seja de um enorme interesse para a prática clínica no momento de detetar disfunções sexuais (Sierra et al., 2012).

Com o intuito de se avaliar as medidas biomédicas e de traçar o perfil lipídico, foi utilizado o Accutrend® Plus (Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Alemanha) que é um dispositivo portátil usado por técnicos de saúde para o diagnóstico da hiperlipidemia, especificamente os seguintes parâmetros: colesterol total (CT) e triglicéridos (TG). O dispositivo determina as concentrações de lípidos a partir de amostras de sangue capilar a partir de duas gotas de sangue (15-40 µL), usando uma lanceta aplicada aos dedos dos participantes.

O dispositivo Accutrend® Plus é um teste serológico capilar que se baseia na retenção de células sanguíneas por filtração através de um velo de fibra de vidro quando se aplica uma gota de sangue numa tira reativa. A reação enzimática que acontece na zona subjacente requer uma quantidade adequada de oxigénio, o que resulta na formação de um produto de

coloração oxidada. A reflectância da tira (medida a 660nm) é convertida em concentração através de um algoritmo. O ensaio de precisão interno do Accutrend® Plus determinado pelo fabricante é de 3.7% e 3.4% para o CT e TG respectivamente, ao passo que o ensaio de precisão externo com uma solução de controlo foi menor do que 5.0% para o CT e 2.4% para os TG. O tempo de prova é de 180 segundos (Scafoglieri, Tresignie, Provyn, Clarys, & Bautmans, 2012; Coqueiro, Santos, Neto, Queiroz, Brugger, & Barbosa; 2013).

O rigor e a precisão do dispositivo Accutrend® Plus para as medidas de CT e TG têm sido avaliados através de estudos comparativos com medidas serológicas laboratoriais, tendo-se verificado que as medidas de concentração obtidas por este instrumento estão adequadamente correlacionadas com as medidas obtidas em laboratório, tornando-o num instrumento fiável e válido para medir os níveis de CT e TG (Scafoglieri, Tresignie, Provyn, Clarys, & Bautmans, 2012; Coqueiro, Santos, Neto, Queiroz, Brugger, & Barbosa; 2013).

Ao nível do perfil glicémico, pode-se salientar que a avaliação dos níveis de glicose no sangue capilar foi efetuada através do dispositivo OneTouch® Verio®IQ (LifeScan® Johnson and Johnson, EUA). Este instrumento permite a monitorização dos valores de glicémia no sangue, através de uma gota de 0.4 µL obtida a partir de lanceta e que é sujeita a análise através de uma reação de GDH-FAD (glucose desidrogenase con flavina-adenina dinucleótido) que ocorre numa tira com um biossensor enzimático. O dispositivo está calibrado para fornecer resultados correlacionados com o valor de glicose presente no plasma (Ramchandani & Heptulla, 2011).

O OneTouch® Verio®IQ é regulamentado pela legislação internacional que obriga à certificação pela *International Organization for Standardization*, norma ISO 15197 que, por sua vez, obriga a taxas de rigor na comparação com medidas de glicose laboratoriais superiores a 90% (Ramchandani & Heptulla, 2011).

O tempo de prova é de 5 segundos e os resultados de precisão com as medidas laboratoriais garantem que os resultados obtidos pelo dispositivo OneTouch® Verio®IQ são fiáveis e válidos para medir os níveis de glicémia no sangue (Ramchandani & Heptulla, 2011).

Para a avaliação dos níveis de pressão arterial sistólica, diastólica, pulsação e arritmia foi utilizado o dispositivo de pressão sanguínea BMG 5610 AEG® que permite medir a tensão arterial de forma automática e está calibrado de acordo com as medidas padrão da Organização Mundial de Saúde (OMS), medindo as seguintes amplitudes: sistólica - 60-260mmHg; diastólica: 40-199mmHg; pulsação: 40-180 batidas/minuto; e presença ou não de batimento cardíaco irregular.

Para se calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), foi necessário medir a altura (m) e o peso corporal (Kg) do indivíduo, sendo que a fórmula utilizada foi a seguinte: $IMC = Kg : m^2$ (Moraes et al., 2013).

2.3.3. Procedimento

Após aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da UBI, a amostra foi recolhida através de disseminação *online* pelas redes sociais e presencialmente nas instalações da FCSH na UBI, sempre na presença de uma enfermeira que recolheu as amostras sorológicas e de um(a) professor(a) que monitorizou a aplicação do inquérito. Foi aplicado o teste de Levene para testar a homogeneidade entre as duas amostras, tendo-se verificado este princípio, pelo que, a amostra total se pode considerar homogénea.

Os participantes foram informados sobre a importância de irem em jejum aquando da recolha dos indicadores biomédicos para que não houvesse alterações desses níveis. Posto isto, eles “picavam” o dedo para se recolher amostra de plasma e respetiva parametrização com os instrumentos de medida biomédica e seguidamente preenchiam um protocolo que incluía o Questionário Sociodemográfico e o *Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ).

A aplicação dos questionários e a recolha dos indicadores biomédicos implicou um período de tempo de cerca de 30 a 45 minutos por pessoa e foi realizado apenas num momento com cada indivíduo, em formato de autorresposta. Deu-se a possibilidade, a quem manifestasse esse interesse, de obter informações sobre os resultados gerais da investigação. A recolha da amostra foi realizada durante os meses de outubro, novembro do ano de 2016 e janeiro do ano de 2017.

Por último, os dados recolhidos foram traduzidos para uma linguagem em que fosse passível a sua utilização pelo programa SPSS® - versão 24.0, com o intuito de se proceder a análise estatística dos dados. A base de dados original era constituída por 727 participantes mas, após a aplicação dos critérios de exclusão (indivíduos fumadores e mulheres que tomam pílula) ficou reduzida a 225 participantes.

2.4. Resultados

Para melhor compreensão dos resultados optou-se por utilizar acrónimos nas variáveis do funcionamento sexual estudadas, como tal o MGH 1 refere-se ao interesse sexual, o MGH 2 à capacidade de obter estimulação/excitação sexual, o MGH 3 à capacidade para obter orgasmos, o MGH 4 à capacidade dos homens para atingir e manter ereção ou as mulheres uma lubrificação, o MGH 5 à satisfação da amostra com a sua vida sexual e, por último, o MGH Total refere-se ao funcionamento sexual global da amostra.

Quando questionados acerca do seu interesse sexual, 91 (40.40%) participantes afirmaram terem interesse sexual normal, 52 (23.10%) afirmaram terem o seu interesse quase normal, 44 (19.60%) assinalou marcadamente diminuído, 15 (6.70%) totalmente ausente, 14 (6.20%) algo acima do normal, 8 (3.60%) marcadamente acima do normal e apenas 1 (.40%) participante classificou o seu interesse sexual como completamente acima do normal (tabela 2).

Tendo em conta que a variável é suscetível a uma análise das médias, verificamos que a média é de 3.32 e o desvio padrão de 1.19, o que nos indica que, no geral, os participantes deste estudo apresentam o interesse sexual quase normal (tabela 2).

Tabela 2

Resultados para o interesse sexual da amostra

MGH 1	N	%	Média	Desvio padrão
Totalmente ausente	15	6.70		
Marcadamente diminuída	44	19.60		
Quase normal	52	23.10		
Normal	91	40.40		
Algo acima do normal	14	6.20		
Marcadamente acima do normal	8	3.60		
Completamente acima do normal	1	.40		
Total	225	100.00	3.32	1.19

De acordo com a tabela 3, denotamos que 41.80% da amostra (N=94) referenciou como sendo normal a sua capacidade de obter estimulação ou excitação sexual, 58 (25.80%) participantes como sendo quase normal, 38 (16.90%) como estando marcadamente diminuída, 15 (6.70%) como totalmente ausente, 11 (4.90%) assinalaram-na como algo acima do normal, 8 (3.60%) como marcadamente acima do normal e apenas 1 (.40%) participante assinalou a sua capacidade de obter estimulação ou excitação sexual como completamente acima do normal.

Tendo em conta a análise das médias, averiguamos que a média é de 3.34 e o desvio padrão de 1.15, o que nos permite constatar que, no geral, os participantes deste estudo apresentam a capacidade de obter estimulação ou excitação sexual quase normal (tabela 3).

Tabela 3

Resultados para a capacidade de obter estimulação/excitação sexual

MGH 2	N	%	Média	Desvio padrão
Totalmente ausente	15	6.70		
Marcadamente diminuída	38	16.90		
Quase normal	58	25.80		
Normal	94	41.80		
Algo acima do normal	11	4.90		
Marcadamente acima do normal	8	3.60		
Completamente acima do normal	1	.40		
Total	225	100.00	3.34	1.15

No que diz respeito à capacidade de obter orgasmos, verificamos que quase metade da amostra (N= 100; 44.40%) classificou a sua capacidade como sendo normal, 50 (22.20%) participantes classificaram como quase normal, 42 (18.70%) indicaram que a sua capacidade estava marcadamente diminuída, 19 (8.40%) como totalmente ausente, 7 (3.10%) como algo acima do normal, 5 (2.20%) referiram que a sua capacidade de obter orgasmos estava marcadamente acima do normal e 2 (.90%) classificaram como completamente acima do normal (tabela 4).

Constatamos que a média de respostas do MGH 3 é de 3.25 e o desvio padrão de 1.17, o que nos indica que, no geral, os participantes deste estudo apresentam a capacidade para obter orgasmos quase normal (tabela 4).

Tabela 4

Resultados para a capacidade para obter orgasmos

MGH 3	N	%	Média	Desvio padrão
Totalmente ausente	19	8.40		
Marcadamente diminuída	42	18.70		
Quase normal	50	22.20		
Normal	100	44.40		
Algo acima do normal	7	3.10		
Marcadamente acima	5	2.20		

do normal				
Completamente acima	2	.90		
do normal				
Total	225	100.00	3.25	1.17

No que concerne à capacidade dos homens para atingir e manter ereção ou de as mulheres uma lubrificação, observamos na tabela 5, que 90 (40.00%) participantes consideram a sua capacidade como normal, 56 (24.90%) como quase normal, 39 (17.30%) como estando marcadamente diminuída, 21 (9.30%) classificaram como totalmente ausente, 12 (5.30%) como algo acima do normal, 4 (1.80%) como marcadamente acima do normal e 3 (1.30%) como estando completamente acima do normal.

Ao verificar que a média de respostas no MGH 4 é de 3.25 e o desvio padrão de 1.21, é possível afirmar que, no geral, os homens deste estudo apresentam a capacidade para atingir e manter ereção quase normal, assim como as mulheres uma lubrificação (tabela 5).

Tabela 5

Resultados para capacidade dos homens para atingir e manter ereção ou as mulheres uma lubrificação

MGH 4	N	%	Média	Desvio padrão
Totalmente ausente	21	9.30		
Marcadamente diminuída	39	17.30		
Quase normal	56	24.90		
Normal	90	40.00		
Algo acima do normal	12	5.30		
Marcadamente acima do normal	4	1.80		
Completamente acima do normal	3	1.30		
Total	225	100.00	3.25	1.21

Segundo a tabela 6, denotamos que quando inquiridos sobre a satisfação com a sua vida sexual, 71 (31.60%) participantes a classificaram como normal, 65 (28.90%) como quase normal, 42 (18.70%) como estando marcadamente diminuída, 17 (7.60%) como algo acima do normal, 14 (6.20%) como totalmente ausente, 14 (6.20%) como marcadamente acima do normal e 2 (.90%) participantes classificaram a sua satisfação com a sua vida sexual como completamente acima do normal.

Ao constatar que a média de respostas no MGH 5 é de 3.38 e o desvio padrão é de 1.27, averiguamos que, no geral, os participantes deste estudo apresentam a sua vida sexual quase normal (tabela 6).

Tabela 6

Resultados para a satisfação da amostra com a sua vida sexual

MGH 5	N	%	Média	Desvio padrão
Totalmente ausente	14	6.20		
Marcadamente diminuída	42	18.70		
Quase normal	65	28.90		
Normal	71	31.60		
Algo acima do normal	17	7.60		
Marcadamente acima do normal	14	6.20		
Completamente acima do normal	2	.90		
Total	225	100.00	3.38	1.27

Em relação ao MGH Total aferimos que o 20 (5 itens \times 4 pontos = 20) seria o ponto de corte teórico normal e como tal verificamos que 59.6% (N=134) dos participantes apresentam um funcionamento sexual global que se encontra abaixo do ponto de corte teórico normal e que apenas 40.4% (N=91) se encontra dentro do ponto de corte teórico normal ou apresenta valores superiores, o que nos permite constatar que, no geral, os participantes deste estudo apresentam um funcionamento sexual global abaixo dos valores esperados.

Após analisar a tabela 7, podemos apurar que, os homens pontuam em média melhor funcionamento sexual global do que as mulheres ($M_H = 17.21$; $M_M = 15.92$, respetivamente), sendo que essa média, no género masculino, também se encontra superior em cada domínio avaliado sobre o funcionamento sexual (MGH 1 ($M_H = 3.48$; $M_M = 3.18$), MGH 2 ($M_H = 3.46$; $M_M = 3.22$), MGH 3 ($M_H = 3.42$; $M_M = 3.09$), MGH 4 ($M_H = 3.37$; $M_M = 3.15$) e MGH 5 ($M_H = 3.48$; $M_M = 3.28$)). Relativamente aos indicadores biomédicos, é de constatar que os homens apresentam valores médios superiores na glicémia ($M_H = 118.33$; $M_M = 107.46$), também apresentam níveis superiores de triglicéridos ($M_H = 143.96$; $M_M = 141.55$), a pressão sistólica ($M_H = 129.60$; $M_M = 123.29$) e a pressão diastólica ($M_H = 78.16$; $M_M = 75.93$) apresentam níveis médios superiores quando comparados com o sexo feminino, por último, também pontuaram o índice de massa corporal (IMC) mais elevado quando comparado com as mulheres ($M_H = 26.37$; $M_M = 24.93$). Por sua vez, as mulheres pontuam médias superiores no colesterol total ($M_H = 166.29$; $M_M = 176.87$) e na pulsação, sendo que neste indicador a diferença entre as médias dos dois géneros é muito ligeira ($M_H = 75.40$; $M_M = 75.44$).

Realizou-se a escolha do Teste-t para variâncias homogéneas e verificou-se que para o MGH 1, o valor de estatística $t = 1.88$, $p = 0.06$, que é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de interesse sexual, entre o género masculino e feminino. Para o MGH 2, verificou-se que, o valor de

estatística $t = 1.53$, $p = 0.13$, que é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis da capacidade para obter estimulação ou excitação sexual, entre o gênero masculino e feminino. Relativamente ao MGH 3, constatou-se que, o valor de estatística $t = 2.09$, $p = 0.04$, que é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis da capacidade para obter orgasmos, entre o gênero masculino e feminino. No MGH 4, o valor de estatística $t = 1.41$, $p = 0.16$, que é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis da capacidade para atingir e manter ereção ou uma lubrificação, entre o gênero masculino e feminino. Ao nível da satisfação com a sua vida sexual, o valor de estatística $t = 1.14$, $p = 0.26$, que é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas neste nível, entre o gênero masculino e feminino. O funcionamento sexual global, obteve o valor de estatística $t = 1.76$, $p = 0.08$, que é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas neste nível, entre o gênero masculino e feminino (tabela 7).

Relativamente às variáveis biomédicas constatou-se que, a glicemia obteve o valor de estatística $t = 2.35$, $p = 0.02$, que é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. No colesterol total, verificou-se o valor de estatística $t = -1.66$, sendo que o $p = 0.10$ é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. Ao nível dos triglicéridos, obteve-se o valor de estatística $t = 0.21$, sendo que o $p = 0.83$ é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. Na pressão sistólica, verificou-se o valor de estatística $t = 4.25$, sendo que o $p = 0.00$ é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. Na pressão diastólica, obteve-se o valor de estatística $t = 1.51$, sendo que o $p = 0.13$ é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. Ao nível da pulsação, verificou-se o valor de estatística $t = -0.03$, sendo que o $p = 0.98$ é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino. Por último, no IMC verificou-se o valor de estatística $t = 2.29$, sendo que o $p = 0.02$ é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável, entre o gênero masculino e feminino (tabela 7).

Tabela 7

Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta o género sexual

	Género sexual	Média	Desvio padrão	t (df)	p - valor
MGH 1	Homem	3.48	1.16	1.88	.061
	Mulher	3.18	1.20	(222)	
MGH 2	Homem	3.46	1.07	1.53	.128
	Mulher	3.22	1.23	(222)	
MGH 3	Homem	3.42	1.07	2.09	.037*
	Mulher	3.09	1.25	(222)	
MGH 4	Homem	3.37	1.18	1.41	.161
	Mulher	3.15	1.25	(222)	
MGH 5	Homem	3.48	1.20	1.14	.255
	Mulher	3.28	1.34	(222)	
MGH Total	Homem	17.21	5.24	1.76	.080
	Mulher	15.92	5.64	(222)	
Glicémia	Homem	118.33	33.44	2.35	.020*
	Mulher	107.46	33.68	(208)	
Colesterol	Homem	166.29	50.46	-1.66	.098
Total	Mulher	176.87	41.97	(210)	
Triglicéridos	Homem	143.96	65.58	.21	.831
	Mulher	141.55	89.32	(191)	
Pressão	Homem	129.60	10.58	4.25	.000**
sistólica	Mulher	123.29	10.34	(197)	
Pressão	Homem	78.16	8.16	1.51	.132
diastólica	Mulher	75.93	12.13	(195)	
Pulsação	Homem	75.40	11.04	-.03	.978
	Mulher	75.44	10.18	(187)	
IMC	Homem	26.37	5.05	2.29	.023*
	Mulher	24.93	4.36	(222)	

* < .05; ** < .001.

Para melhor compreensão dos resultados em relação à idade e tendo em conta que a média de idades da amostra é de 40.53 anos, optou-se por fazer subgrupos, para tal dividiu-se a amostra em duas partes iguais, uma constituída pelos participantes mais novos (até aos 40 anos de idade) e outra pelos participantes mais velhos (a partir dos 40 anos de idade).

Quando analisamos a tabela 8, apuramos que, o grupo dos mais novos ($M_N = 18.52$) apresenta em média melhor funcionamento sexual global quando comparado com o grupo dos

mais velhos ($M_V = 14.51$). Também se pode salientar que, é o grupo dos mais novos que apresenta resultados superiores em cada domínio avaliado sobre o funcionamento sexual (MGH 1 ($M_N = 3.75$; $M_V = 2.93$), MGH 2 ($M_N = 3.74$; $M_V = 2.93$), MGH 3 ($M_N = 3.58$; $M_V = 2.89$), MGH 4 ($M_N = 3.65$; $M_V = 2.86$) e MGH 5 ($M_N = 3.80$; $M_V = 2.90$)).

No que toca às variáveis biomédicas, é de realçar que só ao nível da pulsação é que o grupo dos mais novos apresenta uma média superior ($M_N = 76.02$), quando comparado com o grupo dos mais velhos ($M_V = 74.90$). Nas restantes variáveis biomédicas é o grupo dos mais velhos que apresenta uma média superior quando comparado com o grupo dos mais novos (glicémia: $M_N = 101.70$, $M_V = 124.54$; colesterol total: $M_N = 154.31$, $M_V = 186.48$; triglicéridos: $M_N = 131.06$, $M_V = 155.51$; pressão sistólica: $M_N = 124.78$, $M_V = 127.85$; pressão diastólica: $M_N = 74.92$, $M_V = 79.03$; IMC: $M_N = 24.00$, $M_V = 27.17$) (tabela 8).

No MGH 1, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 5.28$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do interesse sexual entre os grupos etários. No MGH 2, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 5.43$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da capacidade para obter estimulação ou excitação sexual, entre os grupos etários. No MGH 3, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 4.56$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da capacidade para obter orgasmos, entre os grupos etários. No MGH 4, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 5.04$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da capacidade para atingir e manter uma ereção ou uma lubrificação, entre os grupos etários. No MGH 5, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 5.60$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a vida sexual, entre os grupos etários. No MGH Total, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 5.73$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do funcionamento sexual global, entre os grupos etários (tabela 8).

No que concerne às variáveis biomédicas, constata-se que na glicémia, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -5.04$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de glicémia entre os grupos etários. No colesterol total, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -5.23$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de colesterol total entre os grupos etários. Nos triglicéridos, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -2.16$ e o $p = 0.03$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças

estatisticamente significativas ao nível dos triglicéridos entre os grupos etários. Na pressão sistólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -1.93$ e o $p = 0.06$, é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da pressão sistólica entre os grupos etários. Na pressão diastólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -2.73$ e o $p = 0.01$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da pressão sistólica entre os grupos etários. Na pulsação, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, verificou-se que o valor de estatística $t = 0.71$ e o $p = 0.48$, é superior ao valor de significância de 0.05. Logo, não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de colesterol total entre os grupos etários. Por último, no IMC, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, verificou-se que o valor de estatística $t = -5.47$ e o $p = 0.00$, é inferior ao valor de significância de 0.05. Logo, existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de colesterol total entre os grupos etários (tabela 8).

Tabela 8

Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta a idade, grupos dos mais novos e mais velhos

		Média	Desvio padrão	t (df)	p - valor
Idade					
MGH 1	Mais novos	3.75	1.23	5.28	.000**
	Mais velhos	2.93	1.00	(210.00)	
MGH 2	Mais novos	3.74	1.18	5.43	.000**
	Mais velhos	2.93	.96	(210.00)	
MGH 3	Mais novos	3.58	1.23	4.56	.000**
	Mais velhos	2.89	.99	(210.00)	
MGH 4	Mais novos	3.65	1.31	5.04	.000**
	Mais velhos	2.86	.95	(191.60)	
MGH 5	Mais novos	3.80	1.33	5.60	.000**
	Mais velhos	2.90	1.00	(195.56)	
MGH Total	Mais novos	18.52	5.63	5.73	.000**
	Mais velhos	14.51	4.50	(210.00)	
Glicémia	Mais novos	101.70	23.25	-5.04	.000**
	Mais velhos	124.54	38.89	(158.86)	
Colesterol Total	Mais novos	154.31	36.26	-5.23	.000**
	Mais velhos	186.48	50.52	(188.75)	
Triglicéridos	Mais novos	131.06	82.21	-2.16	.032*
	Mais velhos	155.51	72.92	(186.00)	
Pressão sistólica	Mais novos	124.78	10.44	-1.93	.055
	Mais velhos	127.85	11.47	(189.00)	

Pressão	Mais novos	74.92	7.30	-2.73	.007*
diastólica	Mais velhos	79.03	12.63	(187.00)	
Pulsção	Mais novos	76.02	12.98	.71	.480
	Mais velhos	74.90	7.72	(144.69)	
IMC	Mais novos	24.00	4.24	-5.47	.000**
	Mais velhos	27.17	4.19	(209.98)	

* < .05; ** < .001.

Na tabela 9, estabelece-se uma comparação entre os níveis de funcionamento sexual e os níveis das variáveis biomédicas com o facto de o participante tomar ou não tomar medicação, na medida em que a toma de medicação pode interferir no funcionamento sexual. O tipo de medicação mais apontada pelos participantes foi a insulina e os antidepressivos. Podemos apurar que, quem toma medicação pontua em média pior funcionamento sexual global do que quem não toma ($M_{SM} = 14.52$; $M_{NM} = 18.38$, respetivamente), sendo que essa média, para quem toma medicação, também se encontra inferior quando comparado com quem não toma medicação, em cada domínio avaliado sobre o funcionamento sexual (MGH 1 ($M_{SM} = 2.90$; $M_{NM} = 3.71$), MGH 2 ($M_{SM} = 2.93$; $M_{NM} = 3.70$), MGH 3 ($M_{SM} = 2.82$; $M_{NM} = 3.64$), MGH 4 ($M_{SM} = 2.85$; $M_{NM} = 3.62$) e MGH 5 ($M_{SM} = 3.02$; $M_{NM} = 3.70$)).

Nos indicadores biomédicos constata-se o oposto, ou seja, nestes indicadores os participantes que tomam medicação pontuam, em média, valores mais elevados do que os que não tomam medicação. Sendo que para a glicémia a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 131.21 e para quem não toma foi de 96.10, para o colesterol total a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 192.74 e para quem não toma foi de 152.06, para os triglicéridos a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 166.44 e para quem não toma foi de 119.69, para a pressão sistólica a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 127.61 e para quem não toma foi de 125.26, para a pressão diastólica a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 79.86 e para quem não toma foi de 74.26, para a pulsação a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 75.76 e para quem não toma foi de 74.86 e para o IMC a média do resultado bruto para quem toma medicação foi de 27.75 e para quem não toma foi de 23.79 (tabela 9).

Com o objetivo de apurar as diferenças entre a média do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta se toma ou não toma medicação foi utilizado o Teste-t. Ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, no MGH 1, constatou-se que o valor de t é de -5.37 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de interesse sexual entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No MGH 2, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -5.22 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade para obter estimulação ou excitação sexual entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No MGH 3, ao

analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de -5.54 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade de obter orgasmos entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No MGH 4, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de -5.02 e o de P é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade para atingir e manter uma ereção ou uma lubrificação entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No MGH 5, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de -4.11 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no nível geral de satisfação com a vida sexual entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No MGH Total, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de -5.59 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual global entre os participantes que tomam e não tomam medicação (tabela 9).

No que toca às variáveis biomédicas, constatou-se que na glicémia, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 8.40 e o de p é de 0.00, sendo inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de glicémia entre os participantes que tomam e não tomam medicação. No colesterol, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 7.05 e o de p é de 0.00, sendo inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de colesterol total entre os participantes que tomam e não tomam medicação. Nos triglicéridos, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 4.37 e o de p é de 0.00, sendo inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de triglicéridos entre os participantes que tomam e não tomam medicação. Na pressão sistólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 1.52 e o de p é de 0.13, sendo superior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de pressão sistólica entre os participantes que tomam e não tomam medicação. Na pressão diastólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 3.90 e o de p é de 0.00, sendo inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de pressão diastólica entre os participantes que tomam e não tomam medicação. Na pulsação, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 0.59 e o de p é de 0.56, sendo superior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de pulsação entre os participantes que tomam e não

tomam medicação. Por último, no IMC, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 6.83 e o de p é de 0.00, sendo inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de IMC entre os participantes que tomam e não tomam medicação (tabela 9).

Tabela 9

Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta a medicação

		Média	Desvio padrão	t (df)	p - valor
Medicação					
MGH 1	Sim	2.90	1.11	-5.37	.000**
	Não	3.71	1.11	(220.00)	
MGH 2	Sim	2.93	1.07	-5.22	.000**
	Não	3.70	1.12	(220.00)	
MGH 3	Sim	2.82	1.10	-5.54	.000**
	Não	3.64	1.11	(220.00)	
MGH 4	Sim	2.85	1.07	-5.02	.000**
	Não	3.62	1.22	(220.00)	
MGH 5	Sim	3.02	1.15	-4.11	.000**
	Não	3.70	1.30	(220.00)	
MGH Total	Sim	14.52	5.02	-5.59	.000**
	Não	18.38	5.22	(220.00)	
Glicémia	Sim	131.21	39.81	8.40	.000**
	Não	96.10	13.19	(119.02)	
Colesterol Total	Sim	192.74	46.21	7.05	.000**
	Não	152.06	37.63	(210.00)	
Triglicéridos	Sim	166.44	73.32	4.37	.000**
	Não	119.69	75.31	(190.95)	
Pressão sistólica	Sim	127.61	11.34	1.52	.130
	Não	125.26	10.43	(196.00)	
Pressão diastólica	Sim	79.86	12.16	3.90	.000**
	Não	74.26	7.52	(194.00)	
Pulsação	Sim	75.76	7.38	.59	.558
	Não	74.86	12.86	(150.48)	
IMC	Sim	27.75	4.55	6.83	.000**
	Não	23.79	4.10	(220.00)	

* < .05; ** < .001.

Na tabela 10, compara-se o funcionamento sexual e as variáveis biomédicas tendo em conta se os participantes têm ou não doença diagnosticada, na medida em que o facto de ter doença diagnosticada pode interferir no funcionamento sexual. O tipo de doença mais apontada pelos participantes foi a diabetes, hipertensão e depressão. Podemos apurar que, quem tem doença pontua em média pior funcionamento sexual global do que quem não tem ($M_{SD} = 14.83$; $M_{ND} = 18.12$, respetivamente), sendo que essa média, para quem tem doença, também se encontra inferior quando comparado com quem não tem doença, em cada domínio avaliado sobre o funcionamento sexual (MGH 1 ($M_{SD} = 2.97$; $M_{ND} = 3.64$), MGH 2 ($M_{SD} = 2.98$; $M_{ND} = 3.66$), MGH 3 ($M_{SD} = 2.90$; $M_{ND} = 3.56$), MGH 4 ($M_{SD} = 2.96$; $M_{ND} = 3.53$) e MGH 5 ($M_{SD} = 3.00$; $M_{ND} = 3.72$)). Ao nível das variáveis biomédicas salienta-se que, em todas as variáveis quem tem doença diagnosticada pontua, em média, valores mais elevados do que quem não tem doença diagnosticada (glicémia ($M_{SD} = 130.18$; $M_{ND} = 96.17$), colesterol total ($M_{SD} = 190.51$; $M_{ND} = 152.22$), triglicéridos ($M_{SD} = 166.44$; $M_{ND} = 116.88$), pressão sistólica ($M_{SD} = 128.09$; $M_{ND} = 124.94$), pressão diastólica ($M_{SD} = 79.92$; $M_{ND} = 74.25$), pulsação ($M_{SD} = 76.88$; $M_{ND} = 73.59$) e IMC ($M_{SD} = 27.58$; $M_{ND} = 23.83$)).

Com o intuito de apurar as diferenças entre a média do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta se tem ou não doença diagnosticada foi utilizado o Teste-t. No MGH 1, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -4.34 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de interesse sexual entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No MGH 2, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -4.54 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade para obter estimulação ou excitação sexual entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No MGH 3, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -4.28 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade para obter orgasmos entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No MGH 4, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -3.52 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade para atingir e manter uma ereção ou uma lubrificação entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No MGH 5, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -4.36 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida sexual entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No MGH Total, ao analisar o Teste-t para variâncias homogéneas, constatou-se que o valor de t é de -4.65 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças

estatisticamente significativas no funcionamento sexual global entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Na glicémia, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 8.24 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na glicémia entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. No colesterol total, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 6.51 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no colesterol entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Nos triglicéridos, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 4.64 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos triglicéridos entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Na pressão sistólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 2.05 e o de p é de 0.04, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na pressão sistólica entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Na pressão diastólica, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 3.95 e o de p é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na pressão diastólica entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Na pulsação, ao analisar o Teste-t para variâncias heterogêneas, constatou-se que o valor de t é de 2.17 e o de p é de 0.03, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na pulsação entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada. Por último, no IMC, ao analisar o Teste-t para variâncias homogêneas, constatou-se que o valor de t é de 6.40 e o de P é de 0.00, sendo que, p é inferior ao valor de significância de 0.05. Assim, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas no IMC entre os participantes que têm e não têm doença diagnosticada (tabela 10).

Tabela 10

Resultados para a comparação do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas tendo em conta se tem ou não doença diagnosticada

		Média	Desvio padrão	t (df)	p - valor
	Doença				
MGH 1	Sim	2.97	1.15	-4.34	.000**
	Não	3.64	1.15	(219.00)	
MGH 2	Sim	2.98	1.09	-4.54	.000**
	Não	3.66	1.14	(219.00)	
MGH 3	Sim	2.90	1.08	-4.28	.000**

	Não	3.56	1.18	(219.00)	
MGH 4	Sim	2.96	1.11	-3.52	.001**
	Não	3.53	1.26	(219.00)	
MGH 5	Sim	3.00	1.15	-4.36	.000**
	Não	3.72	1.31	(219.00)	
MGH Total	Sim	14.83	5.15	-4.65	.000**
	Não	18.12	5.37	(219.00)	
Glicémia	Sim	130.18	39.69	8.24	.000**
	Não	96.17	13.41	(124.80)	
Colesterol	Sim	190.51	46.12	6.51	.000**
Total	Não	152.22	38.96	(209.00)	
Triglicéridos	Sim	166.44	75.67	4.64	.000**
	Não	116.88	72.21	(189.36)	
Pressão	Sim	128.09	11.13	2.05	.041*
sistólica	Não	124.94	10.47	(196.00)	
Pressão	Sim	79.92	12.07	3.95	.000**
diastólica	Não	74.25	7.57	(194.00)	
Pulsção	Sim	76.88	9.14	2.17	.031*
	Não	73.59	11.53	(175.16)	
IMC	Sim	27.58	4.54	6.40	.000**
	Não	23.83	4.17	(219.00)	

* < .05; ** < .001.

Da avaliação do grau de associação entre o funcionamento sexual global e as variáveis biomédicas obtiveram-se coeficientes de correlação estatisticamente significativos para o IMC ($r = -.253$; $p < .001$), glicémia ($r = -.230$; $p < .001$), e colesterol total ($r = -.144$; $p < .05$), que nos indicam que quanto mais funcionamento sexual global o participante tem, menos IMC, menos glicémia, e menos colesterol total vai apresentar. Não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas para os triglicéridos ($r = -.067$), a pressão sistólica ($r = .004$), a pressão diastólica ($r = .040$) e para a pulsação ($r = -.049$). Os coeficientes de correlação obtidos para todas as outras variáveis podem ser encontrados na tabela 11.

Tabela 11

Matriz de correlação de fatores do funcionamento sexual e de variáveis biomédicas

	MGH 1	MGH 2	MGH 3	MGH 4	MGH 5	MGH Total	IMC	Glic.	Colest. Total	Trigli.	Pres. Sist.	Pres. Diast.	Puls.
MGH 1	1												
MGH 2	.888**	1											
MGH 3	.813**	.886**	1										
MGH 4	.757**	.824**	.813**	1									
MGH 5	.690**	.749**	.749**	.729**	1								
MGH Total	.908**	.951**	.933**	.905**	.863**	1							
IMC	-.234**	-.253**	-.236**	-.221**	-.211**	-.253**	1						
Glicemia	-.181**	-.221**	-.209**	-.221**	-.220**	-.230**	.457**	1					
Colesterol	-.165*	-.141*	-.093	-.080	-.173*	-.144*	.450**	.590**	1				
Total													
Triglicéridos	-.034	-.050	-.052	-.020	-.149*	-.067	.377**	.503**	.507**	1			
Pressão sistólica	.000	-.015	-.027	.006	.050	.004	.379**	.398**	.135	.237**	1		
Pressão diastólica	-.020	.051	.053	.055	.043	.040	.386**	.455**	.382**	.307**	.556**	1	
Pulsação	-.061	-.037	-.044	-.002	-.079	-.049	.081	.125	.157*	.115	-.019	.230**	1

* < .05; ** < .001.

Através da tabela 12 é possível estimar a modulação e determinar o efeito mediador das variáveis biomédicas. Constata-se que se só existisse um modelo preditivo a explicar o bom funcionamento sexual, tendo em conta só as variáveis sociodemográficas, ele só explicaria 23% da variância ($r^2 = .23$; $p < .001$), contudo quando se acrescentam as variáveis biomédicas o modelo já passa a explicar 31% ($r^2 = .31$; $p < .001$), salienta-se que, deste modo, o modelo explica 31% da variância total. No passo 1, constata-se que a idade tem correlação negativa ($B = -.46$; $p < .001$), portanto quanto maior for a idade menor será o funcionamento sexual. No passo 2, salienta-se que a idade ($B = -.38$; $p < .001$) e o IMC ($B = -.30$; $p < .05$) são as variáveis que têm maior poder explicativo e preditivo.

Tabela 12

Resultados para o modelo de regressão múltipla hierárquica preditivo do funcionamento sexual global da amostra

Preditores	r^2	B	p
Passo 1	.233		.000**
Idade		-.464	.000**
Sexo		-.110	.118
Orientação sexual		.057	.412
Passo 2	.305		.000**
Idade		-.382	.000**
Sexo		-.128	.073
Orientação sexual		.089	.280
Glicémia		-.089	.423
Colesterol Total		.119	.293
Triglicéridos		.090	.302
Pressão sistólica		.044	.627
Pressão diastólica		.136	.147
Pulsção		-.084	.243
IMC		-.303	.002*

* $< .05$; ** $< .001$.

2.5. Discussão

Nesta investigação procurou-se desenvolver procedimentos metodológicos para se compreender e explicar a interferência que os indicadores biomédicos têm no funcionamento sexual. Para tal, este capítulo encontra-se dividido tendo em conta os objetivos propostos, de modo a que se compreenda da melhor forma possível as respostas dadas às questões colocadas pela nossa investigação.

Objetivo 1 *(Determinar a relação preditiva, através de um modelo de regressão múltipla hierárquica, da influência dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual)*

Dá-se início a esta secção através da reflexão em torno dos últimos resultados obtidos sobre as relações entre as variáveis consideradas no modelo proposto. Em termos gerais, pode-se afirmar que o modelo ao incluir as variáveis sociodemográficas e as variáveis biomédicas fica com maior poder explicativo e preditivo para o funcionamento sexual. Com efeito, o modelo apresentado foi suportado na sua generalidade, além das associações entre as variáveis não serem fortes ou muito fortes. Através destes resultados é possível efetuar uma discussão global que exige reflexão sobre os restantes objetivos que nortearam este artigo. Posto isto, é importante salientar que a revisão de literatura que está presente na introdução, a recolha de dados e respetivo tratamento e análise, justificam-se através da sistematização dos conceitos do funcionamento sexual e das variáveis biomédicas estudadas.

Para a concretização deste propósito foram sugeridas algumas relações entre as variáveis, que nós achamos relevantes e tendo em conta o que a literatura referia sobre este tema. É possível afirmar que a totalidade das relações previstas entre as variáveis foi suportada através da análise dos dados obtidos, o que dá suporte sobre a pertinência que as variáveis biomédicas têm no funcionamento sexual.

Inicialmente, no processo de investigação, analisamos o funcionamento sexual global da amostra e os seus domínios mais específicos, onde se operacionaliza o número de participantes, a respetiva percentagem, a média e o desvio-padrão para cada opção de resposta. Verificamos que 40.4% (N = 91) da amostra apresenta os níveis de funcionamento sexual global dentro da normalidade ou superiores ao ponto de corte teórico normal, contudo, é de destacar que 59.6% da amostra (N = 134) apresenta o funcionamento sexual global abaixo do ponto de corte teórico normal, o que é um dado importante e ao mesmo tempo preocupante, pois permite-nos constatar que uma parte significativa da amostra não apresenta o funcionamento sexual global com valores desejáveis.

Destaca-se que sempre que o IMC, a glicémia, o colesterol total, os triglicéridos e a pulsação aumentam, diminui o funcionamento sexual global e todos os seus domínios (MGH 1, MGH 2, MGH 3, MGH 4 e MGH 5), e vice-versa. Estes resultados são congruentes com outros estudos que salientam que a disfunção sexual está diretamente relacionada com o IMC (Pinnock et al., 1999; Wang et al., 2015), com os diabetes (Erten et al., 2013; Wang et al., 2015) com os altos níveis de colesterol e triglicéridos (Fung et al., 2004; Pinnock et al., 1999).

A pressão sistólica aumenta quando aumenta o interesse sexual, a capacidade dos homens para atingir ou manter ereção ou as mulheres uma lubrificação, a satisfação com a vida sexual e quando aumenta o funcionamento sexual global. Contudo, a pressão sistólica diminui quando aumenta a capacidade dos indivíduos para obter estimulação/excitação sexual e quando aumenta a capacidade para obter orgasmos (e vice-versa).

A pressão diastólica diminui quando aumenta o interesse sexual (e vice-versa) e nos restantes domínios do funcionamento sexual a pressão diastólica aumenta sempre que eles aumentam.

Objetivo 2 (*Comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre homens e mulheres*)

Relativamente ao género sexual, é de destacar que os homens pontuam em todos os domínios do funcionamento sexual uma média superior quando comparado com as mulheres, logo é o sexo masculino que apresenta melhores níveis de funcionamento sexual. Estes resultados são congruentes com aquilo que a literatura vem sustentando ao longo de várias décadas (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Lewis et al., 2010; Nicolosi et al., 2004; Pfeiffer, Verwoerd, & Davis, 1972). É importante salientar que os fatores biológicos influenciam o desenvolvimento sexual, acabando por afetar o desejo, o funcionamento sexual e, de um modo indireto, a satisfação sexual (Masters, Johnson, & Kolodny, 1988). A ginecologia racionalizou a sexualidade feminina e transformou o corpo feminino num objeto mensurável e que é sujeito a várias práticas de objetivação. A mulher tem como funções sociais o casamento, maternidade e educação dos filhos, e é este papel imposto pela sociedade às mulheres que incita-as a controlarem os seus pensamentos, de modo a que não saiam das normas socialmente impostas (Martins, 2004). Pode-se assim afirmar que as influências histórico-culturais podem refletir-se no modo das mulheres pensarem e agirem sobre o seu funcionamento sexual.

No que concerne às variáveis biomédicas, também é de se destacar que são os homens que pontuam, em média, resultados superiores em quase todos os domínios quando comparados com as mulheres, logo apresentam dados mais preocupantes nos indicadores biomédicos. Por sua vez, as mulheres só pontuam resultados mais elevados nos valores médios do colesterol total e da pulsação (ainda que a diferença seja mínima).

Objetivo 3 (*Comparar a diferença dos níveis de funcionamento sexual entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas*)

No nosso estudo também se constata que relativamente à idade, são os participantes mais novos (até aos 40 anos de idade) que apresentam melhor funcionamento sexual em todos os seus domínios e também são estes participantes que apresentam níveis médios mais baixos nos indicadores biomédicos, ou seja, melhores níveis para a saúde. Estes dados vão de encontro com o que seria esperado, pois segundo a literatura a disfunção sexual está diretamente associada com o aumento da idade (Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Barlow et

al., 1997; Bortolotti, Parazzini, Colli, & Landoni, 1998; DeLamater, & Sill, 2005; Dunn, Croft, & Hackett, 1999; Laumann et al., 1999; Laumann et al., 2005; Lewis et al., 2010; Oksuz, & Malhan, 2006; Osborn, Hawton, & Gath, 1988; Rissel, Richters, Grulich, Visser, & Smith, 2003; Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann, 1993; Saigal, Wessells, Pace, Schonlau, & Wilt, 2006), sendo que as pessoas mais velhas apresentam falta de interesse em sexo, incapacidade em obter orgasmos e os homens apresentam mais dificuldades ao nível da ereção (Laumann et al., 2005). Estima-se que a frequência de atividades sexuais e o funcionamento sexual começa a diminuir a partir dos 20 ou 30 anos de idade (Bancroft et al., 2003; Laumann, 1994; Rissel et al., 2003). Um dos fatores que podem contribuir nos homens para o aumento da disfunção sexual com o aumento da idade é a redução dos níveis de testosterona ao longo dos anos (Morley et al., 1997). Outro fator que pode estar inerente ao facto de as pessoas mais velhas apresentarem mais disfunção sexual são algumas ideias construídas socialmente, como por exemplo, a ideia de que a pessoa idosa não tem interesse sexual, que não precisa de sexo e que é feio pensar e/ou fazer sexo quando já se tem alguma idade (Siqueira & Pereira, 2007). Posto isto, é importante constatar que a maioria dos idosos vê a sua sexualidade limitada por preconceitos, estigmas e valores sociais.

Outros resultados relevantes (comorbilidades)

No que concerne à toma da medicação, é de salientar que quem não toma qualquer tipo de medicação apresenta melhores níveis médios de funcionamento sexual, quando comparado com quem toma medicação. Isto vai de encontro com aquilo que a literatura sustenta, pois os medicamentos que afetam o sistema nervoso costumam ter algum efeito sobre a função sexual. Pode-se afirmar que muitos dos antidepressivos têm como um efeito adverso relativamente comum a disfunção sexual, sendo que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) representam a classe de antidepressivos que é mais propensa a causar disfunção sexual (Gregorian et al., 2002). Também são os participantes que não tomam medicação que apresentam valores médios mais baixos nos indicadores biomédicos, ou seja, apresentam melhores níveis para a saúde.

Ao analisar a nossa amostra, tendo em conta o facto de os participantes terem ou não terem uma doença diagnosticada, podemos constatar que os que não têm doença diagnosticada apresentam melhores níveis médios de funcionamento sexual e melhores níveis médios para a saúde ao nível dos indicadores biomédicos, quando comparados com os que têm uma doença diagnosticada.

Fica claro, portanto, que as variáveis biomédicas condicionam a resposta sexual humana, tendo estes resultados implicação para a intervenção na área da saúde, visto que a investigação sobre a relação que existe entre as variáveis biomédicas e o funcionamento sexual pode ser uma ferramenta útil para identificar pacientes que estejam em risco devido a alguma doença (por exemplo, a doença cardiovascular) que ainda não se tenha manifestado por outros sintomas ou sinais, pois e de acordo com diversos estudos, pacientes com

disfunções sexuais apresentam uma alta incidência de doenças cardiovasculares (Anyfantí et al., 2013; DeBusk et al., 2000; Stein et al., 2016) e hipertensão arterial (Nascimento, Maia, Nardi, & Silva, 2015).

Este estudo não é isento de limitações, pois o facto de a amostra ter sido recolhida por inquérito pode desencadear o efeito de desejabilidade social, as condições de recolha da amostra e o facto desta amostra ser por conveniência são os principais inconvenientes a apontar. Contudo, esta investigação também apresenta vantagens, como o facto de preencher lacunas que existem e o facto de a amostra ser extremamente controlada (sem indivíduos que fumem e/ou tomem pílula).

Ainda existe uma clara necessidade de se realizarem mais estudos, especialmente estudos longitudinais, para se obterem dados mais precisos sobre a disfunção sexual em homens e mulheres (Lewis et al., 2010).

Apesar de a investigação nesta área, nas últimas décadas, ter aumentado drasticamente, é de salvaguardar que ainda há muito a explorar e a ser discutido, nomeadamente em Portugal.

2.6. Referências

- Abler, B., Seeringer, A., Hartmann, A., Grön, G., Metzger, C., Walter, M., & Stingl, J. (2011). Neural correlates of antidepressant-related sexual dysfunction: a placebo-controlled fMRI study on healthy males under subchronic paroxetine and bupropion. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1837-1847.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association.
- Anyfanti, P., Pyrpasopoulou, A., Triantafyllou, A., Doumas, M., Gavriilaki, E., Triantafyllou, G., ... & Douma, S. (2013). The impact of frequently encountered cardiovascular risk factors on sexual dysfunction in rheumatic disorders. *Andrology*, 1(4), 556-562.
- Ball, S., Dellva, M. A., D'Souza, D. N., Marangell, L. B., Russell, J. M., & Goldberger, C. (2014). A double-blind, placebo-controlled study of edivoxetine as an adjunctive treatment for patients with major depressive disorder who are partial responders to selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Journal of affective disorders*, 167, 215-223.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 193-208.
- Barlow, D. H., Cardozo, L. D., Francis, R. M., Griffin, M., Hart, D. M., Stephens, E., & Sturdee, D. W. (1997). Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(1), 87-91.
- Bortolotti, A., Parazzini, F., Colli, E., & Landoni, M. (1998). The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *International journal of andrology*, 20(6), 323-334.
- Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., & Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of sexual behavior*, 38(1), 87-107.
- Castelo-Branco, C., Blumel, J. E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J., & Gramegna, G. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 426-430.
- Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B. U. L., Acar, D., & Ulusoy, E. U. M. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Chew, K. K., Earle, C. M., Stuckey, B. G. A., Jamrozik, K., & Keogh, E. J. (2000). Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Impotence Research*, 12(1), 41-45.
- Coqueiro, R. D. S., Santos, M. C., Neto, J. D. S. L., Queiroz, B. M. D., Brügger, N. A. J., & Barbosa, A. R. (2013). Validity of a portable glucose, total cholesterol, and triglycerides multi-analyzer in adults. *Biological research for nursing*, 16(3), 288-294.

- DeBusk, R., Drory, Y., Goldstein, I., Jackson, G., Kaul, S., Kimmel, S. E., ... Zusman, R. (2000). Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *The American journal of cardiology*, 86(2), 62-68.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of sex research*, 42(2), 138-149.
- DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 5(2), 289-300.
- Derosa, G., Romano, D., Tinelli, C., D'Angelo, A., & Maffioli, P. (2015). Prevalence and associations of erectile dysfunction in a sample of Italian males with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 108(2), 329-335.
- Diamond, L. M., & Huebner, D. M. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 54-69.
- Dias, R., Alarcão, V., da Mata, S., Miranda, F. L., Simões, R., Carreira, M., ... & Galvão-Teles, A. (2016). Erectile dysfunction in primary care: Sexual health inquiry and cardiovascular risk factors among patients with no previous cardiovascular events. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 250-258.
- Dong, J. Y., Zhang, Y. H., & Qin, L. Q. (2011). Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(13), 1378-1385.
- Dording, C. M., Mischoulon, D., Shyu, I., Alpert, J. E., & Papakostas, G. I. (2012). SAME and sexual functioning. *European Psychiatry*, 27(6), 451-454.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(3), 144-148.
- Erten, Z. k., Zincir, H., Özkan, F., Selçuk, A., & Elmah, F. (2013). Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of clinical nursing*, 23, 995-1004.
- Fava, M., Rankin, M. A., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., & Worthington, J. J. (1998). An open trial of oral sildenafil antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(6), 328-331.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*, 151(1), 54-61.
- Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive medicine*, 30(4), 328-338.
- Frohlich, P., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of sex research*, 39(4), 321-325.

- Fung, M. M., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2004). Heart disease risk factors predict erectile dysfunction 25 years later: the Rancho Bernardo Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(8), 1405-1411.
- Gandaglia, G., Briganti, A., Jackson, G., Kloner, R. A., Montorsi, F., Montorsi, P., & Vlachopoulos, C. (2014). A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *European urology*, 65(5), 968-978.
- Gandaglia, G., Briganti, A., Montorsi, P., Motttrie, A., Salonia, A., & Montorsi, F. (2016). Diagnostic and Therapeutic Implications of Erectile Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease. *European urology*. 70, 219-222.
- Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. J. (2014). Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *Journal of sex research*, 51(1), 13-21.
- Gregorian Jr, R. S., Golden, K. A., Bahce, A., Goodman, C., Kwong, W. J., & Khan, Z. M. (2002). Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(10), 1577-1589.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2009). Erectile dysfunction and diabetes mellitus. *Insulin*, 4(2), 114-122.
- Hayes, R., & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies. *The journal of sexual medicine*, 2(3), 317-330.
- Hoyer, J., Uhlmann, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders?. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 64-73.
- Jackson, G. (2006). Erectile dysfunction: a marker of silent coronary artery disease. *Eur Heart J*, 27(22), 2613-2614.
- Johannes, C. B., Araujo, A. B., Feldman, H. A., Derby, C. A., Kleinman, K. P., & McKINLAY, J. B. (2000). Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *The Journal of urology*, 163(2), 460-463.
- Labbate, L. A., & Lare, S. B. (2001). Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(4), 221-225.
- Laumann, E. O. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 17(1), 39.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.

- Laumann, E. O., West, S., Glasser, D., Carson, C., Rosen, R., & Kang, J. H. (2007). Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: From the male attitudes regarding sexual health survey. *The journal of sexual medicine*, 4(1), 57-65.
- Lewis, R. W. (2011). Epidemiology of sexual dysfunction in Asia compared to the rest of the world. *Asian journal of andrology*, 13(1), 152-158.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., ... & Seigraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4), 1598-1607.
- Marchal-Bertrand, L., Espada, J. P., Morales, A., Gómez-Lugo, M., Soler, F., & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 88-97.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, A. P. V. (2004). *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. SciELO- Editora Fiocruz.
- Martin-Morales, A., Sanchez-Cruz, J. J., De Tejada, I. S., Rodriguez-Vela, L., Jimenez-Cruz, J. F., & Burgos-Rodriguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *The Journal of urology*, 166(2), 569-575.
- Marumo, K., & Murai, M. (2001). Aging and erectile dysfunction: the role of aging and concomitant chronic illness. *International Journal of Urology*, 8(8), S50-S57.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1988). O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual. *Rio de Janeiro: Nova Fronteira*.
- McCarthy, B., & Wald, L. M. (2013). Mindfulness and good enough sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 39-47.
- Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity*, 21(10), 1966-1974.
- Moraes, W., Poyares, D., Zalcman, I., De Mello, M. T., Bittencourt, L. R., Santos-Silva, R., & Tufik, S. (2013). Association between body mass index and sleep duration assessed by objective methods in a representative sample of the adult population. *Sleep medicine*, 14(4), 312-318.

- Morley, J. E., Kaiser, F. E., Perry, H. M., Patrick, P., Morley, P. M., Stauber, P. M., ... & Garry, P. J. (1997). Longitudinal changes in testosterone, luteinizing hormone, and follicle-stimulating hormone in healthy older men. *Metabolism*, 46(4), 410-413.
- Nascimento, E. R., Maia, A. C. O., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2015). Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 181, 96-100.
- Nicolai, M. P., van Bavel, J., Somsen, G. A., de Grooth, G. J., Tulevski, I. I., Lorscheid, A., ... & Elzevier, H. W. (2014). Erectile dysfunction in the cardiology practice – a patients' perspective. *American heart journal*, 167(2), 178-185.
- Nicolosi, A., Glasser, D. B., Kim, S. C., Marumo, K., & Laumann, E. O. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU international*, 95(4), 609-614.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 173-182.
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology*, 175(2), 654-658.
- Omland, T., Randby, A., Hrubos-Strøm, H., Røsjø, H., & Einvik, G. (2016). Relation of Erectile Dysfunction to Subclinical Myocardial Injury. *The American Journal of Cardiology*, 1821-1825.
- Osborn, M., Hawton, K., & Gath, D. (1988). Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 296(6627), 959-962.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of sex & marital therapy*, 41(2), 169-180.
- Pereira, H. M. (2017). Submetido. Validação psicométrica da versão portuguesa do Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire. *Revista internacional de andrologia*.
- Pfeiffer, E., Verwoerdt, A., & Davis, G. C. (1972). Sexual behavior in middle life. *American Journal of Psychiatry*, 128(10), 1262-1267.
- Pinnock, C. B., Stapleton, A. M., & Marshall, V. R. (1999). Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Medical Journal of Australia*, 171, 353-357.
- Polonsky, T. S., Taillon, L. A., Sheth, H., Min, J. K., Archer, S. L., & Ward, R. P. (2009). The association between erectile dysfunction and peripheral arterial disease as determined by screening ankle-brachial index testing. *Atherosclerosis*, 207(2), 440-444.

- Ramchandani, N., & Heptulla, R. A. (2011). New technologies for diabetes: a review of the present and the future. *International journal of pediatric endocrinology*, (1), 1-10.
- Read, S., King, M., & Watson, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health*, 19(4), 387-391.
- Rissel, C. E., Richters, J., Grulich, A. E., Visser, R. O., & Smith, A. (2003). Sex in Australia: selected characteristics of regular sexual relationships. *Australian and New Zealand journal of public health*, 27(2), 124-130.
- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195.
- Rosen, R. C., Fisher, W. A., Eardley, I., Niederberger, C., Nadel, A., & Sand, M. (2004). The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current medical research and opinion*, 20(5), 607-617.
- Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R., & Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 171-188.
- Saigal, C. S., Wessells, H., Pace, J., Schonlau, M., & Wilt, T. J. (2006). Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. *Archives of internal medicine*, 166(2), 207-212.
- Scafoglieri, A., Tresignie, J., Provyn, S., Clarys, J. P., & Bautmans, I. (2012). Reproducibility, accuracy and concordance of Accutrend® Plus for measuring circulating lipid concentration in adults. *Biochemia medica*, 22(1), 100-108.
- Shifren, JL, Monz, BU, Russo, PA, Segreti, A., & Johannes, CB (2008). Problemas sexuais e angústia em mulheres dos Estados Unidos: prevalência e correlatos. *Obstetrics & Gynecology*, 112 (5), 970-978.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., & Fernández, M. L. (2012). Validación del Massachusetts general hospital-sexual functioning questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria*, 44(9), 516-526.
- Siqueira, T. C. B., & Pereira, A. B. M. (2007). Terceira Idade e Sexualidade: um encontro possível?. *Fragmentos de Cultura*, 17(2), 271-277.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of sexual behavior*, 19(4), 389-408.
- Stein, R., Sardinha, A., & Araújo, C. G. S. (2016). Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), 410-420.
- Taylor, M. J., Rudkin, L., Bullemor-Day, P., Lubin, J., Chukwujekwu, C., & Hawton, K. (2013). Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *The Cochrane Library*.

- Teles, A. G., Carreira, M., Alarcão, V., Aragüés, J. M., Lopes, L., & Mascarenhas, M. (2008). Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative sample of 3,548 portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: results of the Portuguese erectile dysfunction study. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1317-1324.
- Vendeira, P. S., Pereira, N. M., Tomada, N., & de Carvalho, J. L. (2011). Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *ISEX Cadernos de Sexologia*, (4), 15-22.
- Wang, G. L., Wang, L., Wang, Y. L., & Li, M. L. (2015). Risk factors for sexual dysfunction among Chinese women with type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35(3), 219-224.
- Whitehouse, C. R. (2009). Sexuality in the older female with diabetes mellitus - a review of the literature. *Urologic nursing*, 29(1), 11-19.
- World Health Organization. (2000). Promotion of sexual health: Recommendations for action. *Proceedings of the regional consultation convened by Pan American Health Association*, 19-22.
- Zheng, H., Fan, W., Li, G., & Tam, T. (2006). Predictors for erectile dysfunction among diabetics. *Diabetes research and clinical practice*, 71(3), 313-319.

Capítulo 3

Discussão Geral

A sexualidade é um aspeto crucial nas várias etapas da vida. Os seres humanos são sexuais e têm relações sexuais mesmo quando têm bastante idade. A falta de educação sobre e para a sexualidade e o facto da sociedade onde vivermos ser sexista, geram expectativas sobre o que é ou não é aceitável sobre o ponto de vista da sexualidade e acabam por regulamentar as normas sociais, fazendo com que ainda exista atualmente algumas ideias, preconceitos e estigmas formados socialmente sobre o facto das pessoas mais velhas terem um funcionamento sexual ativo e isto acaba por interferir com todos os seus fatores (interesse sexual, estimulação ou excitação sexual, capacidade para obter orgasmo, entre outros).

Neste estudo concluímos que a maioria da amostra tende a apresentar um funcionamento sexual global que se encontra abaixo dos valores desejáveis, sendo que o sexo masculino é o que apresenta melhor funcionamento sexual global. Denota-se que é o sexo feminino que apresenta melhores níveis para a saúde, ao nível dos indicadores biomédicos. Verificou-se também a importância do efeito mediador das variáveis biomédicas no funcionamento sexual.

Esta investigação permitiu compreender detalhadamente que existem diversos indicadores biomédicos que estão associados diretamente com as disfunções sexuais. Assim como também se pode constatar que a idade avançada, o facto de ter doença e de tomar medicação pode afetar a função sexual.

Através do nosso estudo pretendemos incentivar investigadores a debruçarem-se sobre estes grandes temas, uma vez que ainda não são temas muito explorados, nomeadamente no nosso país.

Também se deseja alcançar as equipas de saúde para que se possa detetar o mais precocemente possível algumas doenças que estejam diretamente ligadas com o funcionamento sexual dos indivíduos. E, de acordo com Sara, Leal & Maroco (2009), também se torna importante trabalhar o facto de a sexualidade ser aceite, sob variadas formas, como um componente de todo o ciclo vital do indivíduo e as relações sexuais como constituindo uma parte da sexualidade, de modo a que estas sejam vividas de forma prazerosa e natural.

Os objetivos previamente selecionados foram de uma forma geral atingidos. Todavia, podem-se encontrar algumas limitações, nomeadamente o facto da recolha da amostra ter sido por conveniência impede que haja generalizações para a população, reduzindo desta forma o potencial da investigação. O efeito voluntário pela internet e o tamanho da amostra não ser significativo também são outros fatores a ter em conta. O tema em si pode ser considerado uma limitação, visto que pode ativar vergonha nos participantes. Outra limitação prende-se com a questão do autoregisto, pois na utilização destas medidas tem de se ter em

conta diversos aspetos como a falsidade ou a desejabilidade social (Ribeiro, 2007). Existem muitas vantagens do auto relato, como o baixo custo em termos de esforço e tempo despendidos pelos investigadores, contudo esta técnica está sujeita a enviesamentos e imprecisões. Deste modo, alguns participantes podem querer dar uma imagem mais valorizada de si, desvalorizando aspetos que considerem inconvenientes e valorizando os aspetos que considerem positivos.

No entanto, e de acordo com a nossa opinião, estas limitações não invalidam os nossos resultados e apesar de todas as dificuldades que foram sentidas é de salientar que com uma amostra controlada (indivíduos sem fumar e sem tomar a pílula) esta investigação foi gratificante, visto que se conseguiu obter mais conhecimento sobre esta temática e deu para entender o quão importante são os indicadores biomédicos para o funcionamento sexual (e vice-versa). Para finalizar é importante salientar que se deve replicar este estudo para uma população mais extensa, de modo a que se possam validar as conclusões obtidas na nossa investigação.

Os resultados obtidos tiveram como principal benefício a possibilidade de interiorização de conhecimentos de diferentes áreas do saber que são mais compatíveis com uma maior amplitude de conhecimento para compreender a natureza multidimensional da sexualidade humana. Foi possível adquirir habilidades de pesquisa de informação científica e competências de investigação, de métodos e técnicas estatísticas multivariadas básicas e avançadas, e de redação de artigos (EuroPsy, 2008).

Através desta investigação pretendemos contribuir para o avanço no estudo na área da sexualidade em Portugal, visto que no nosso país são poucos os estudos que existem e queremos demonstrar a necessidade de se investigar e disseminar resultados nesta área. Por último, esperamos que também seja um instrumento útil para desconstruir e esclarecer preconceitos e ideias erróneas que ainda persistem na mentalidade da população em geral.

Anexos

Anexo 1

Anexo Teórico

1. Resposta sexual humana e/ou funcionamento sexual

A reprodução entre as espécies associa-se com uma enorme diversidade de comportamentos, sendo que o comportamento sexual de outros animais já é bastante estudado e explorado, mas o estudo do comportamento sexual humano ainda é um pouco evasivo, visto que ainda se sabe relativamente pouco sobre os mecanismos neurais do cérebro humano envolvidos no comportamento sexual (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

Pode-se dizer que o sexo é uma das forças motoras da mente humana e mais nenhum comportamento gera tanta controvérsia como este. Além de existirem questões de sexualidade, como a atração pelo mesmo sexo ou abuso sexual, que são conhecidas por causarem elevado sofrimento e infelicidade, a maioria das pessoas concorda que, de um modo geral, a atividade sexual é uma fonte de um enorme prazer (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

A atividade sexual é um aspeto importante em todos os períodos de vida (Stein et al., 2016; Whitehouse, 2009), especificamente o ato sexual, sendo este muitas vezes considerado o exercício mais agradável e gratificante que é realizado durante toda a vida (Stein et al., 2016).

De acordo com Georgiadis e Kringelbach (2012), um indivíduo, ao longo da vida, varia substancialmente os seus desejos relacionados com o sexo e os prazeres sociais.

Além do comportamento sexual ser rigidamente controlado em todas as sociedades humanas, ele é fundamental para garantir a sobrevivência. As forças culturais limitam e alteram os mecanismos biológicos implícitos ao comportamento sexual (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

Por causa da combinação da inteligência humana, com a criatividade e o controlo motor preciso, o sexo humano é cheio de práticas que não são destinadas a reprodução, enquanto este tipo de comportamento é raro na maioria dos outros mamíferos (Georgiadis, & Kringelbach, 2012). Sendo assim, existem vários comportamentos que são abrangidos pela atividade sexual, tais como o beijo, estimulação oral, masturbação e a relação sexual vaginal/anal (Stein, Sardinha, & Araújo, 2016).

Por isso, o sexo humano permite, ou até exige, uma forte interação com os sistemas cerebrais de ordem superior. Por exemplo, o sistema de cognição social que nos ajuda a compreender as ações de outras pessoas provavelmente também nos permite tornamo-nos

sexualmente excitados pelas outras pessoas envolvidas na atividade sexual (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

Devido à evolução do cérebro humano prevê-se que o comportamento sexual humano é intrinsecamente mais complexo do que o de outros animais. Posto isto, para existir reprodução sexual é necessário a presença de um macho e de uma fêmea da mesma espécie para interagirem, contudo os fatores que influenciam essa interação são bastantes, especialmente em seres humanos (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

Existem estudos que descobriram as redes cerebrais que estão envolvidas na carência sexual ou motivação/antecipação, bem como no gosto ou excitação sexual/consumação, enquanto que há muito poucos dados sobre a saciedade sexual, ou sobre o período refratário pós-orgásmico. O comportamento sexual humano também interage com outros prazeres, nomeadamente a interação social e elevados estados de excitação (Georgiadis, & Kringelbach, 2012).

O nível de excitação sexual é influenciado se o estímulo é sexualmente atrativo ou sexualmente desejado. Posto isto, quando o estímulo que é desejado está presente, o nível de excitação é influenciado pelos comportamentos sexualmente compatíveis que são visualizados. Estes comportamentos compatíveis podem ser físicos (por exemplo, a masturbação) ou psicológicos (por exemplo, a fantasia). Portanto, comportamentos incompatíveis ou sexualmente neutros (por exemplo, a distração) têm uma grande probabilidade de reduzir a excitação sexual (Kalmus, & Beech, 2005).

A saúde sexual é vital para o bem-estar geral. O orgasmo caracteriza-se por ser uma função psicofisiológica normal dos seres humanos e, por isso, toda a mulher tem o direito de sentir prazer sexual (Puppo, 2011).

Através do orgasmo obtém-se uma sensação de intenso prazer que cria um estado de consciência alterada que é acompanhada pela musculatura pélvica estriada, miotomia, contrações uterinas/anais, e vasocongestão (aumento dos tecidos corporais) ao qual estimula o bem-estar e satisfação sexual (Meston, Hull, Levin, & Sipski, 2004).

Mosher (1980) propõe que o orgasmo é induzido pela estimulação sexual eficaz que é experimentada através de sensações sexuais prazerosas e através das emoções de excitação e alegria. Sendo assim, amplia-se o desejo sexual através das emoções de excitação e alegria, que são uma fonte de significado e prazer sexual, e estão ligadas às dimensões específicas do envolvimento com o parceiro sexual.

A estimulação sexual eficaz caracteriza-se por ser uma função que integra a densidade de estimulação sexual física com o envolvimento no episódio de contacto sexual. Por sua vez, pode-se afirmar que o envolvimento se determina por um conjunto de processos psicológicos complexos nos quais existe uma interação de emoções (Mosher, 1980).

A profundidade do envolvimento com o parceiro sexual, num momento em particular, é uma função da força e da importância do vínculo entre os parceiros, a participação do núcleo da personalidade, e o significado do episódio de contacto sexual (Mosher, 1980).

Pode-se mencionar que em todas as espécies, o comportamento sexual orienta-se por uma complexa interação entre as ações das hormonas esteroides no cérebro que dão origem a excitação sexual e a experiências com recompensa sexual que, por sua vez, iniciam as expectativas de atividade sexual competente, incluindo a excitação sexual, o desejo e o desempenho (Pfaus, Kippin, & Coria-Avila, 2003).

Partindo da premissa de que o funcionamento sexual está presente no ser humano como sendo algo prazeroso e agradável, também se observam problemas neste funcionamento, conforme se explica a seguir.

1.1. Disfunções sexuais

Tanto no âmbito das ciências psicopatológicas como no contexto sociocultural mais vasto, a distinção entre patologia mental e normalidade é um dos assuntos mais estimulantes para debate. Ao longo do tempo, os homens sempre tiveram a preocupação em distinguir o comportamento normal do patológico, tendo em conta crenças sobrenaturais (Pré-História e Idade Média), observações naturalistas de base biológica (Hipócrates), ou aspetos psicossociais (Platão e Sócrates) (Nobre, 2006).

Como acontece com a maioria dos processos do corpo, raramente se pensa na função sexual e esta é tomada como garantida se tudo estiver a correr bem. Contudo, se a função sexual é tida como um problema, de uma maneira ou de outra, pode ser uma fonte de ansiedade, angústia e frustração que muitas vezes pode levar à infelicidade geral e angústia nas relações pessoais (Masters, Johnson, & Kolodny, 1995).

Através das condições pelas quais as respostas físicas normais de excitação sexual ou orgasmo são prejudicadas, a disfunção sexual pode ser classificada como psicológica (provocada por fatores psicológicos, interpessoais, ambientais e culturais) ou orgânica (provocada por fatores físicos ou médicos, como doenças, lesões ou drogas) (Masters, Johnson, & Kolodny, 1995).

Relativamente às disfunções sexuais, as consecutivas revisões do DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) e do CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) têm apresentado a evolução histórica dos conceitos de normalidade/patologia sexual (Nobre, 2006).

Fazendo uma análise a estes sistemas de classificação é de salientar que os conceitos que estão associados com a sexualidade estão histórico e culturalmente definidos e os vários sistemas nosológicos, por mais específicos e empiricamente fundamentados que sejam, refletem sempre as ideias e os pensamentos predominantes de um determinado contexto sociocultural (Nobre, 2006).

Sendo assim, classifica-se a disfunção sexual como perturbações ao nível do desejo sexual, excitação, orgasmo e dor (Abdool, Thakar, & Sultan, 2009).

De acordo com a *American Psychiatric Association: APA* (2013) podem-se incluir diversas perturbações dentro das disfunções sexuais, tais como a ejaculação retardada, a disfunção erétil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, a perturbação de dor genitopélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino, a ejaculação prematura (precoces), a disfunção sexual induzida por substância/medicamento, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas. Este tipo de disfunções estão inseridas num grupo heterogéneo de perturbações que se caracterizam por uma modificação considerável na capacidade da pessoa conseguir responder sexualmente ou de sentir prazer sexual. Uma pessoa ao apresentar uma disfunção sexual não quer dizer que só tenha aquela disfunção, pois podem-se encontrar diversas disfunções sexuais em simultâneo no mesmo indivíduo; sendo que nestes casos, as disfunções devem ser todas diagnosticadas.

Existem casos em que as dificuldades sexuais provêm de uma estimulação sexual inadequada, e sendo assim, poderá ser necessário tratamento, mas não se pode realizar diagnóstico de disfunção sexual. O facto de as pessoas não terem conhecimento de que a falta de uma estimulação eficiente impede a experiência de orgasmo ou excitação, podem estar incluído neste tipo de casos, embora não se limitem a este facto (APA, 2013).

Podem-se salientar diversos subtipos para assinalar o início do problema. Em várias pessoas com disfunções sexuais, o momento em que a dificuldade se inicia pode dar indicação de distintas etiologias e intervenções. No subtipo *ao longo da vida*, são referidas complicações sexuais que se encontraram presentes desde as primeiras experiências sexuais; no entanto, as dificuldades sexuais que apareceram depois de um período de funcionamento sexual, dito normal, estão presentes no subtipo *adquirido*. As dificuldades sexuais que não estão reduzidas a certos tipos de estimulação, parceiros ou situações, estão inseridas no subtipo *generalizado*, e por último, existe o subtipo *situacional* que alude as complicações sexuais que só acontecem na presença de alguns tipos de estimulação, parceiros ou situações (APA, 2013).

Além destes subtipos, quando se está a realizar a avaliação da disfunção sexual devemos de ter em conta uma diversidade de fatores, visto que estes podem ser importantes para a etiologia e/ou tratamento e que podem contribuir para as dificuldades: 1) fatores sexuais do parceiro (por exemplo, o estado de saúde do companheiro; problemas sexuais do companheiro) 2) fatores da relação (por exemplo, fraca comunicação; diferenças relativamente ao desejo de atividade sexual); 3) fatores de vulnerabilidade individual (por exemplo, história de abuso emocional e sexual; fraca imagem corporal), fatores de *stress* (por exemplo, luto, desemprego) ou comorbilidade psiquiátrica (por exemplo, ansiedade, depressão); 4) fatores religiosos ou culturais (por exemplo, posturas em relação à sexualidade; inibições por causa de proibições contra a atividade sexual ou prazer); e 5) fatores médicos que são importantes para o prognóstico, curso ou tratamento (APA, 2013).

Deve-se ter sempre em conta os fatores culturais quando se realiza o diagnóstico de disfunção sexual, visto que estes podem influenciar as expectativas ou impor interdições

acerca da experiência de prazer sexual. Também é de salientar que o envelhecimento pode estar relacionado com a diminuição normativa da resposta sexual (APA, 2013).

A base da resposta sexual são os requisitos biológicos, contudo esta é experienciada num contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Posto isto, dá-se uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais na função sexual (APA, 2013).

Até há pouco tempo consideravam que as mulheres tinham menos atividade sexual do que os homens, e por essa mesma razão, mulheres com disfunções sexuais não eram, portanto, vistas como tendo algum problema ao nível sexual. Esta visão mais tradicional da sexualidade feminina mudou nas últimas décadas e aceitou-se as necessidades sexuais das mulheres como legítimas por direito próprio. E a própria mulher começou a ter mais consciência da existência de disfunções sexuais (Masters et al., 1995).

O homem com disfunção sexual pode alterar o seu comportamento de modo a evitar situações sexuais, devido ao seu medo de que falhará; ele pode lidar com seu dilema inventando desculpas e culpar o seu parceiro pela disfunção; ou ele pode tentar superar o seu problema cuidadosamente insistindo no ato sexual, o que geralmente faz piorar a situação em vez de melhorar (Masters et al., 1995).

1.1.1. Disfunção Erétil (DE)

A **disfunção erétil (DE)**, também apelidada de impotência, caracteriza-se pela incapacidade de ter ou de manter uma ereção que seja firme o suficiente para que haja a penetração (Masters et al., 1995; APA, 2013). Pode-se classificar a DE como primária, se a disfunção sempre existiu, ou secundária, se houve momentos em que ela não ocorreu no passado (Masters et al., 1995).

De modo a que se tenha a certeza de que a dificuldade esteve presente durante um período de tempo considerável e que esta ocorre na maioria das vezes (pelo menos em 75% do tempo das ocasiões sexuais) é preciso uma história sexual cuidada. Os sintomas da DE podem ocorrer de forma generalizada em todos os tipos de situações, estimulações ou parceiros, ou podem acontecer em situações mais específicas com alguns tipos de estimulação ou parceiros (APA, 2013).

Sendo assim, a disfunção erétil pode assumir muitas formas diferentes e pode ocorrer em qualquer idade. Pode-se afirmar que é pouco frequente a ausência total de ereção, exceto em certas condições médicas. Mais especificamente, o homem com disfunção erétil tem ereções parciais que são demasiado fracas para a inserção vaginal (ou relações sexuais anais). Às vezes, as ereções firmes desaparecem rapidamente se a relação sexual é incitada. Existem casos em que um homem com DE pode ser capaz de ter ereções normais em algumas circunstâncias, mas não noutras. Por exemplo, alguns homens com disfunção erétil não têm problemas durante a masturbação, mas não conseguem ter ereções durante a atividade sexual com um parceiro. Outros homens têm ereções sólidas durante o sexo extraconjugal, mas têm ereções fracas com os seus parceiros. O inverso deste padrão também é comum, pois alguns

homens que não têm dificuldade sexual com os seus parceiros são incapazes de funcionar durante as tentativas de sexo extraconjugal (Masters et al., 1995).

A DE pode resultar de problemas psicológicos, neurológicos, hormonais, arteriais ou cavernosos, ou pode advir de uma combinação destes fatores (Lue, 2000). As duas causas orgânicas mais proeminentes da disfunção erétil são o alcoolismo e os diabetes, que se caracterizam por serem uma condição na qual o corpo preparou inadequadamente a regulação do açúcar no sangue. Porém, podem-se salientar outras causas orgânicas de disfunção erétil, tais como lesão na medula, esclerose múltipla ou outros distúrbios neurológicos; Infecções ou lesões do pênis, testículos, uretra ou próstata; Deficiências hormonais; E problemas circulatórios. Por vezes, os medicamentos prescritos (como medicamentos para a pressão arterial elevada), e drogas (anfetaminas) podem causar dificuldades com a ereção (Masters et al., 1995).

É de salientar que são tão comuns os episódios isolados de não conseguir ter ereções (ou perder uma ereção num momento inoportuno) que são quase um acontecimento universal entre os homens. Contudo, estes episódios isolados não significam que um homem tenha uma disfunção sexual; eles podem surgir devido a um *stress* físico temporário (ter gripe, estar cansado) ou pode-se relacionar com outros problemas como tensão, falta de privacidade, ou ajuste a um novo parceiro sexual (Masters et al., 1995).

A excitação sexual pode enfraquecer se o indivíduo tiver medo do seu desempenho sexual, o que pode causar a perda de ereção. Assim que esses medos se tornam mais fortes e insistentes, a probabilidade deles se tornarem reais aumenta, e por consequência, o indivíduo vai ter uma incapacidade, que é real, de obter e de manter uma ereção. Estes medos de desempenho, quando permanecem no tempo, podem provocar menos interesse em fazer sexo (evitação), perda de autoestima e tentativas de controlar a ansiedade, o que poderá provocar no indivíduo algum esforço para tentar superar estas dificuldades, o que por norma reduz a sua espontaneidade sexual. Muitas vezes, um dos parceiros ou até ambos se podem tornar meros espectadores durante a sua interação sexual, como consequência dos medos de desempenho, acabando por avaliarem a sua própria resposta sexual ou a do seu parceiro. Um indivíduo quando se torna espectador, por norma, fica menos envolvido na atividade sexual, visto que fica distraído ao assistir e avaliar o que está a acontecer (Masters et al., 1995).

Este papel de espectador não se encontra só em casos de disfunção erétil e tanto pode afetar homens como mulheres. Quando um indivíduo se torna espectador, por causa dos medos de desempenho, a sua intimidade fica reduzida e a espontaneidade da situação juntamente com medos que já existiam anteriormente, por norma reprimem a capacidade de resposta física. Isto torna-se um ciclo, visto que a falha erétil provoca os medos de desempenho, que vai fazer com que o indivíduo se torne espectador, fazendo com que exista distração e perda de ereção, o que vai aumentar ainda mais os medos de desempenho. A menos que este ciclo seja interrompido, há uma forte possibilidade que a disfunção sexual seja firmemente estabelecida (Masters et al., 1995).

Os homens podem reagir à disfunção erétil de várias maneiras, variando de grande desânimo (provavelmente a resposta mais típica) à indiferença (o menos típico). A maioria das pessoas considera uma limitação a disfunção erétil no ato sexual (Masters et al., 1995).

O parceiro de um homem com disfunção erétil pode sentir culpabilização por diversos motivos, ou por achar que não é atraente o suficiente para o excitar, ou por não ser bom o suficiente para despertar a sua paixão, ou pode ter medo de o estar a pressionar e de ser a causa das suas dificuldades. Por outro lado, devido aos seus problemas sexuais, o homem também pode ser culpabilizado por este parceiro de diversas maneiras. Existem esposas que acusam os seus maridos de sexo extraconjugal, de serem homossexuais ou de não estarem apaixonados por elas como explicações da disfunção erétil. Por vezes, o impacto da disfunção erétil pode alterar uma relação, com o surgimento de tensão, dúvida, irritabilidade e frustração (Masters et al., 1995).

Pode-se afirmar que a DE é um importante problema de saúde que afeta a confiança, a autoestima, e a qualidade de vida dos pacientes e dos seus parceiros. Na maioria dos casos, a DE tem uma base orgânica e pode ser acompanhada ou pode ser um sinal de doenças graves subjacentes, como diabetes, hipertensão, e doenças cardiovasculares (Levine, 2000).

Visto que a disfunção erétil tem impacto na qualidade de vida, torna-se cada vez mais importante debruçarmo-nos sobre este tema, tendo em conta que é um problema de saúde pública (Johannes et al., 2000).

1.1.2. Ejaculação retardada

A **ejaculação retardada** caracteriza-se por ser um atraso marcado da ejaculação ou pela incapacidade em a atingir dentro da vagina. Apesar de a ereção ser firme, de existir estimulação sexual adequada e o desejo de ejacular, o homem apresenta dificuldade ou incapacidade para ejacular (Masters et al., 1995; APA, 2013). A queixa atual envolve, normalmente, atividade sexual com o parceiro; sendo que a maioria dos diagnósticos são realizados através do autorrelato do indivíduo. Não se consegue estabelecer os limites precisos do “atraso”, visto que não existe acordo relativamente ao tempo que é necessário para atingir o orgasmo ou ao que é considerado inadmissivelmente demorado para a maioria dos homens e dos seus parceiros sexuais (APA, 2013).

Esta perturbação é pouco frequente e surge principalmente em homens com idade inferior a 35 anos. Pode ser classificada como primária, se sempre existiu, ou como secundária, se o indivíduo já foi capaz de ejacular no passado. Deve-se distinguir esta perturbação da ejaculação retrógrada, visto que esta última se caracteriza por ser uma condição na qual o colo da bexiga não fecha de forma adequada durante o orgasmo, o que faz com que o sêmen seja expelido para trás na bexiga, onde se mistura com urina. Este tipo de situação é frequente em homens que tenham esclerose múltipla e diabetes e após alguns tipos de cirurgia na próstata. Por sua vez, a ejaculação retardada pode ser definida como sendo o oposto da ejaculação precoce. Neste caso, eventualmente, pode ocorrer a ejaculação

intravaginal, contudo é necessário bastante tempo e muitos esforços no ato de estimulação e a excitação sexual pode ser lenta (Masters et al., 1995).

Se existir possibilidade de a ejaculação ocorrer em situações não penetrantes, as causas orgânicas podem ser eliminadas. O uso de drogas e distúrbios neurológicos são por vezes encontrados como causas, nos casos de completa incapacidade de ejaculação. O uso de drogas e o alcoolismo representam cerca de 10% dos casos de ejaculação retardada (Masters et al., 1995).

1.1.3. Perturbação do orgasmo feminino

A **perturbação do orgasmo feminino** consiste na dificuldade que as mulheres apresentam em experienciar o orgasmo e/ou uma redução marcada da intensidade das sensações orgásmicas. Existe uma enorme variabilidade relativamente ao tipo ou intensidade da estimulação que suscita o orgasmo nas mulheres. De forma idêntica, também são muito variáveis as descrições subjetivas de orgasmo, o que sugere que este é experienciado de formas muito diferentes, quer seja pela mesma mulher em ocasiões diferentes ou entre mulheres. Para um diagnóstico deste tipo de perturbação, os sintomas devem estar presentes em quase todas ou todas as ocasiões de atividade sexual e devem persistir por um período mínimo de 6 meses. Para que uma mulher tenha este diagnóstico os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo. Em diversos casos de dificuldades do orgasmo, as causas podem não ser determinadas ou podem ser multifatoriais (APA, 2013). A resposta orgásmica feminina pode ser prejudicada por uma doença crónica grave de quase qualquer variedade. Perturbações específicas que às vezes bloqueiam e prejudicam o orgasmo feminino incluem diabetes, alcoolismo, perturbações neurológicas, deficiências hormonais e perturbações pélvicas, drogas, tranquilizantes e medicamentos para a pressão arterial (Masters et al., 1995).

1.1.4. Perturbação do interesse/excitação sexual feminino

Ao se avaliar a **perturbação do interesse/excitação sexual feminino**, deve-se ter em consideração o contexto interpessoal. Não é suficiente para a realização deste diagnóstico o facto de uma mulher apresentar menos desejo para a atividade sexual do que o seu parceiro. Para preencher os critérios de diagnóstico desta perturbação, devem estar ausentes ou ter uma reduzida frequência do interesse/excitação sexual de pelo menos 3 dos 6 indicadores descritos no *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition: DSM-5* (2013) e que persistam por um período mínimo de 6 meses. É de salientar que existem diversos perfis sintomáticos entre as mulheres e uma variabilidade na forma como a excitação

e o interesse sexual são expressos. Para que se realize o diagnóstico de perturbação do interesse/excitação sexual feminino, os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo. Este mal-estar pode ser sentido com consequência de uma falta de interesse/excitação sexual ou de uma interferência considerável na vida e no bem-estar da mulher (APA, 2013).

1.1.5. Perturbação de dor genitopélvica/penetração

A **perturbação de dor genitopélvica/penetração** caracteriza-se pela dificuldade persistente ou recorrente com uma ou mais das seguintes situações: penetração vaginal durante a relação sexual, dor genitopélvica, medo da dor ou da penetração vaginal, e tensão dos músculos do pavimento pélvico. O diagnóstico pode ser feito apenas com um problema marcado a partir de uma das dimensões de sintomas, visto que dificuldades sentidas em qualquer uma destas dimensões de sintomas, na maior parte das vezes, já é suficiente para causar mal-estar clinicamente significativo. Porém, mesmo que o diagnóstico se possa fazer apenas com base numa única dimensão de sintomas, devem-se avaliar na mesma todas as dimensões sintomáticas (APA, 2013).

1.1.6. Vaginismo

No **vaginismo** ocorrem espasmos dos músculos que estão à volta da vagina que são involuntários e surgem como resposta às tentativas de penetração. As mulheres, independentemente da idade, podem ser afetadas e a sua gravidade pode variar muito. O vaginismo, no limite, pode fazer com que a abertura vaginal seja bastante apertada de modo a que esta feche, o que vai impedir não só as relações sexuais, como também a inserção de apenas um dedo. Mesmo quando o vaginismo se caracteriza como sendo menos grave continua a ser angustiante para a pessoa, visto que todas as tentativas de penetração (não importa quão suave são, relaxadas e amorosas) resultam em dor pélvica. O vaginismo, nas suas versões mais suaves, pode possibilitar que uma mulher tenha relações sexuais, ainda que seja com algum desconforto. Desconhece-se a frequência de vaginismo na população geral, mas julga-se que este representa menos de 10 por cento dos casos de disfunção sexual feminina (Masters et al., 1995).

Mulheres que são diagnosticadas com vaginismo, por norma apresentam o desejo sexual normal e por esse mesmo motivo ficam chateadas por causa da sua incapacidade de desfrutar das relações sexuais. O vaginismo pode ser especificamente inquietante para um casal que deseja ter filhos, e na maior parte das vezes é esta preocupação que leva o casal a procurar ajuda (Masters et al., 1995).

Pode surgir desorientação no parceiro da mulher com vaginismo, visto que ele fica sem saber a razão de estarem a surgir dificuldades sexuais. Muitas vezes, ele pensa que está a

fazer algo que aleija a sua parceira, ou não tem conhecimento específico dos espasmos musculares involuntários envolvidos e/ou pensa que essa pessoa está deliberadamente a evitar as relações sexuais de modo a provocar tensão. Se ele pensa que a está aleijar, pode-se tornar mais passivo nas situações sexuais. Esta situação pode fazer com que a disfunção erétil se desenvolva, especialmente se o parceiro assumir a culpa pelo que se está a passar. Se, em vez disso, ele culpabilizar a mulher, ele pode ficar sem paciência depois de um tempo e tornar-se ressentido ou hostil, ou pode simplesmente procurar outros parceiros sexuais (Masters et al., 1995).

Pode-se suspeitar de vaginismo a partir da história de uma mulher (por exemplo, a mulher pode ter tido dificuldade em usar um tampão ou um diafragma), mas a identificação desta disfunção só pode ser feita com um exame pélvico cuidadoso. Infelizmente, nem todos os médicos são conhecedores o suficiente na deteção de problemas sexuais, e às vezes as mulheres são erroneamente esclarecidas, pois dizem que "tudo é normal" quando o vaginismo está inquestionavelmente presente (Masters et al., 1995).

No vaginismo, mesmo quando o problema orgânico implícito é detetado e tratado com sucesso, o vaginismo pode permanecer, principalmente se estiver presente há muito tempo (Masters et al., 1995).

1.1.7. Relação sexual dolorosa/dispareunia

A **relação sexual dolorosa** ou **dispareunia**, por norma é considerada uma disfunção sexual feminina, contudo também afeta os homens. Mais especificamente, o homem sente dor no pénis, porém também pode ser sentida dor nos testículos ou internamente, e nesses casos geralmente associa-se a um problema da próstata ou vesículas seminais (Masters et al., 1995).

A dispareunia afeta o prazer sexual de um indivíduo e pode interferir na excitação sexual e no orgasmo. A mulher pode ficar tensa e diminuir o seu prazer sexual quando tem medo da dor. Na maior parte dos casos, a mulher pode evitar a penetração ou privar-se de todas as formas de prazer e contacto sexual. O parceiro de uma mulher com dispareunia pode ser muito compreensivo e sensível aos seus sentimentos ou pode ser ressentido e exigente, apesar do seu desconforto (Masters et al., 1995).

De acordo com Masters e colaboradores (1995), qualquer condição que resulta em lubrificação vaginal pobre pode produzir desconforto durante a relação sexual. Os principais culpados nesta falta de lubrificação parecem ser as drogas que têm um efeito de secagem (como por exemplo, anti-histamínicos, usado para tratar alergias, constipações ou sinusite, certos tranquilizantes e *cannabis*) e perturbações como diabetes, infeções vaginais e deficiências de estrogénio. Outras causas da dispareunia feminina incluem o seguinte: problemas de pele (bolhas, erupções cutâneas, inflamação) à volta da abertura vaginal ou a afetação da vulva; irritação ou infeção do clitóris; perturbações da abertura vaginal; perturbações da uretra ou ânus; perturbações da vagina, como infeções, cicatrizes cirúrgicas,

estreitamento das paredes da vagina (devido ao envelhecimento ou deficiência de estrogénio) e irritação devido a produtos químicos encontrados em materiais contraceptivos ou duches; perturbações pélvicas tais como infeção, tumores, anormalidades do colo do útero ou útero e ligamentos rasgados que suportam o útero.

Nos homens esta condição pode ser devida a diversos problemas orgânicos, embora os fatores psicossociais parecem causar pelo menos metade desses casos. A inflamação ou infeção do pénis, prepúcio, testículos, uretra ou próstata são as causas orgânicas mais prováveis da dispareunia masculina. Alguns homens sentem dor se a glândula (ponta do pénis) é riscada ou irritada pela cauda de um DIU - dispositivo intrauterino (a porção em forma de corda que se projeta através do colo do útero na vagina). Outros homens, por exemplo, desenvolvem irritação peniana dolorosa quando são expostos a uma espuma ou creme contraceptivo vaginal (Masters et al., 1995).

1.1.8. Perturbação de desejo sexual hipoativo masculino

Ao se fazer o diagnóstico de uma **perturbação de desejo sexual hipoativo masculino** deve-se ter em conta o contexto interpessoal. Não é suficiente para a realização deste diagnóstico o facto de um homem apresentar menos desejo para a atividade sexual do que o seu parceiro. Para o diagnóstico desta perturbação é indispensável o homem apresentar desejo sexual baixo ou ausente e pensamentos ou fantasias sexuais deficientes/ausentes. Contudo, a forma como o desejo sexual é expresso pode variar de indivíduo para indivíduo. A falta de desejo sexual e as fantasias ou pensamentos sexuais deficientes/ausentes devem ser persistentes ou recorrentes durante um período de cerca de 6 meses (APA, 2013).

1.1.9. Ejaculação prematura/precoce

A **ejaculação prematura (precoce)** é uma disfunção sexual comum, porém a sua definição é difícil de precisar (Masters et al., 1995). Caracteriza-se pela ejaculação que acontece antes ou pouco tempo após a penetração vaginal (aproximadamente 1 minuto) e antes que o indivíduo a deseje (APA, 2013; Masters et al., 1995). Os sintomas devem ser persistentes ou recorrentes durante um período de cerca de 6 meses e ocorrer na maioria das vezes (pelo menos em 75% do tempo das ocasiões sexuais). Para que se realize o diagnóstico de ejaculação prematura, os sintomas têm de causar mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo (APA, 2013). A ejaculação precoce raramente resulta de causas orgânicas (Masters et al., 1995).

1.1.10. Orgasmo rápido

Embora a ejaculação precoce nos homens seja amplamente discutida, o **orgasmo rápido feminino** foi quase completamente ignorado por profissionais que trabalham na área da sexologia. O orgasmo rápido caracteriza-se principalmente pelo facto de a mulher ter orgasmos muito rápidos num encontro sexual, o que se torna angustiante, contudo pode-se afirmar que esta condição é relativamente rara. O principal problema nestas mulheres é que quando o orgasmo ocorre, elas ficam com pouco interesse na atividade sexual e muitas vezes acham que é fisicamente desconfortável. Porém, a maioria das mulheres que têm orgasmos rápidos permanecem sexualmente interessadas e excitadas, tendo muitas vezes orgasmos adicionais e, portanto, consideram-no como algo bom e não como uma responsabilidade. Provavelmente, o parceiro masculino de uma mulher que atinge o orgasmo muito rapidamente vê isso como um aspeto positivo, vê-o como um sinal de ser um parceiro muito responsivo ou fica orgulhoso pelas suas aptidões em fazer sexo (Masters et al., 1995).

1.1.11. Disfunção sexual induzida por substância /medicamento

A **disfunção sexual induzida por substância/medicamento** caracteriza-se por ser uma disfunção da função sexual que está diretamente relacionada com o início do uso de uma substância ou medicamento, com o seu aumento de dose ou descontinuação de uma substância/medicamento (APA, 2013).

1.1.12. Disfunção sexual com outra especificação

Na categoria **disfunção sexual com outra especificação**, enquadram-se as disfunções sexuais que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo, mas que não se inserem em nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções sexuais. O clínico utiliza esta categoria quando quer comunicar o motivo específico pelo qual a dificuldade não cumpre os critérios de diagnóstico para nenhuma disfunção sexual específica (APA, 2013).

1.1.13. Disfunção sexual não especificada

Na categoria **disfunção sexual não especificada** enquadram-se os sintomas característicos predominantes de disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo, mas que não cumprem todos os critérios de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções sexuais. O clínico utiliza esta categoria

quando não quer comunicar o motivo específico pela qual a dificuldade não cumpre os critérios de diagnóstico para uma disfunção sexual específica, e integra apresentações clínicas para as quais não existe informação que é suficiente para a elaboração de um diagnóstico específico (APA, 2013).

Tem-se verificado nos últimos 20 anos um grande progresso nos conhecimentos acerca da sexualidade, isto deve-se sobretudo à evolução de novas tecnologias que possibilitaram, ao nível biológico, aprofundar os conhecimentos da genética, da endocrinologia, da biologia molecular e do campo neurológico através de tecnologias imagiológicas funcionais e estruturais, um estudo mais profundo da função cerebral (Pereira, 2014).

2. O modelo biológico da sexualidade vs. Modelo Psicossocial

As ciências sociais utilizam diversas designações para o “modelo biológico”, tais como “modelo médico” e “medicalização da sexualidade”. A curiosidade em saber qual é que é o enigma do sexo já existe desde os séculos XVIII e XIX, função que é parte complementar do que veio a ser denominado “movimento de medicalização da sexualidade”, expressão que veio a ficar conhecida depois da década de 1960. Existem fatores históricos que desmentem o facto de que os médicos, a partir de uma determinada fase, realizaram uma intervenção com o intuito de apropriação do conhecimento e da terapêutica da sexualidade (Pereira, 2014).

Os médicos sempre se basearam nos conhecimentos disponíveis e nas investigações possíveis ao longo dos tempos para conhecerem a sexualidade e tratarem as disfunções integrando, na maior parte das vezes, uma perspetiva holística do homem. Já no ano de 1850 a.C., no Antigo Egito (Antiguidade Oriental), foi encontrado no Papiro de Kahún uma intervenção médica na sexualidade (Aboim, 2013).

Para uma boa compreensão do tema sexualidade, é fulcral abordar aspetos biopsicossociais que o constituem, tendo em conta o seu carácter multifacetado. O desenvolvimento sexual é controlado pelos fatores biológicos e isso vai afetar o funcionamento sexual, o desejo e, indiretamente, a satisfação sexual (Master, Johnson, & Kolodny, 1988).

Conforme os indivíduos ficam mais velhos surgem diversas modificações hormonais, onde ocorre redução dos níveis de progesterona nas mulheres e redução dos níveis de testosterona nos homens (Bulcão et. al, 2004).

Os fatores psicológicos juntamente com os elementos sociais estão incluídos na dimensão psicossocial da sexualidade. Para Master, Johnson e Kolodny (1988), este aspeto foi importante visto que permitiu esclarecer diversas perturbações sexuais e permitiu que houvesse uma compreensão da evolução sexual humana. Posto isto, e segundo estes autores, a sexualidade também é social, visto que é regulada pela sociedade através de leis, pressões

grupais e familiares que tentam incitar os indivíduos a cumprirem a certas normas de comportamento sexual.

Os fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais são reconhecidos pela abordagem biopsicossocial como fatores que podem afetar a função sexual (neste caso a feminina), sendo que estes fatores estão sempre em interação uns com os outros, ao longo do tempo, num sistema dinâmico (figura 1). Os fatores biológicos incluem alterações hormonais que alteram a libido ou problemas médicos/anatômicos que afetam a resposta sexual. Por sua vez, os fatores psicológicos podem incluir comportamentos negativos, como auto monitorização crítica durante a atividade sexual, ou sintomas de humor, como ansiedade ou depressão. Relativamente aos fatores interpessoais podem-se destacar a satisfação geral que o indivíduo tem no seu relacionamento com outro parceiro, que se relaciona diretamente com a sua satisfação sexual e com a qualidade de comunicação no relacionamento. Por último, destacam-se os fatores socioculturais, onde se podem incluir as atitudes dos indivíduos em relação ao envelhecimento, atitudes religiosas, culturais e outros valores sociais em relação ao sexo (Thomas, & Thurston, 2016).

Figura 1

Modelo Biopsicossocial das funções sexuais

Modelo Biopsicossocial	
<i>Biológico</i>	<i>Psicológico</i>
(Ex.: saúde física, função endócrina neurobiológica)	(Ex.: ansiedade de desempenho, depressão)
<i>Interpessoal</i>	<i>Sociocultural</i>
(Ex.: qualidade das relações atuais e passadas, intervalos de abstinência, finanças)	(Ex.: criação de normas e expectativas culturais)

Segundo Vazquez, Cabrera e Avich (2008), a sexualidade é uma dimensão humana psicossocial, que não se rege, exclusivamente por sexo, por isso estes autores defendem que ela é muito mais do que sexo.

3. Desenvolvimento das perspectivas de investigação sobre a sexualidade

Julgava-se que o comportamento sexual, antes do início do século XIX, era uma preocupação espiritual ou religiosa. Porém, foi a partir do início desse século que o comportamento sexual e a sexualidade se constituíram como um tema central do estudo científico. As pessoas começaram a ser ensinadas sobre a sexualidade, por médicos e cientistas, sendo que foi a partir daí que se começou a estudar a sexualidade a nível biológico e médico. Durante esse século escreveu-se muita coisa sobre o comportamento sexual e tentou-se descrever o que era normal e anormal a nível sexual. Generalizando, os comportamentos que estavam relacionados com a reprodução eram rotulados como normais, sendo que os restantes, como a homossexualidade e a masturbação eram considerados anormais. Posto isto, o sexo era considerado um impulso biológico que necessitava de ser manifesto, no entanto tinha de respeitar o limite das suas funções, ou seja, a reprodução (Ogden, 2004).

Pode-se afirmar que o século XX foi revolucionário, visto que foi nesta época que ocorreu uma mudança de perspetiva. Além do sexo ainda ser percecionado como biológico, o seu foco agora já não incide tanto em termos de reprodução, mas sim do comportamento sexual como atividade. Isto tudo vai provocar o estudo do orgasmo, do desejo sexual e do prazer sexual, originando bastante literatura sobre como desenvolver uma boa vida sexual e sobre a terapia sexual. Porém, o sexo continuou a manter-se biológico, mesmo sendo percecionado como atividade (Ogden, 2004).

Recentemente houve uma alteração ao nível da literatura sobre a sexualidade. Além da investigação ainda considerar o sexo uma atividade, tem-se caracterizado cada vez mais essa atividade como perigosa e de risco. Isto altera a visão de como o sexo é analisado, começando a dar-se ênfase à educação para a saúde, promoção da saúde e à autoproteção. Pode-se então afirmar que do ponto de vista psicológico estudar o comportamento sexual não é simples, visto que para os psicólogos aparenta ser um problema de interação (Ogden, 2004).

Em jeito de suma, pode-se realçar que o sexo tem sido estudado desde o início do século XX como uma forma de atividade e não tendo em conta as consequências biológicas. Contudo, recentemente começou-se a analisar a sexualidade tendo em conta os riscos para a saúde. Ao nível da literatura, a psicologia tem cooperado bastante para a análise do comportamento sexual em diversos contextos. A compreensão destes comportamentos é conseguida através da utilização de modelos cognitivos que evidenciam as cognições e as diferenças individuais. Pode-se afirmar que o sexo simboliza um problema para os psicólogos, visto que é inerentemente um comportamento interativo que abrange mais do que uma pessoa. Por esta mesma razão alargaram-se os modelos cognitivos com o intuito de se destacar as cognições sobre o mundo social do indivíduo. Também se pode salientar que a sexualidade acontece no seu contexto social alargado, posto isto criaram-se modelos de

cognição social com o intuito de se compreender as representações que os indivíduos criam acerca do seu mundo, as suas crenças normativas (Ogden, 2004).

Atualmente, e devido aos aspetos morais que lhe estão associados, a sexualidade ainda representa algo que origina angústia e dúvidas, principalmente na população mais velha. A Psicologia surge de modo a diminuir essa angústia, ao tentar ultrapassar o moralismo que surge à volta deste tema e ao tentar descobrir quais são as fontes e os caminhos da sexualidade (Bock, Furtado & Teixeira, 2008).

4. Substâncias bioquímicas implicadas na sexualidade

As substâncias químicas podem ser de dois tipos quando agem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), ou seja, podem ser de natureza esteroide (1) esteroides neuroativos caracterizam-se por serem os neuroesteroides ou hormonas que agem sobre o SNC; 2) os neuroesteroides que são sintetizados de novo pelas células gliais, astrócitos e oligodendritos, processo que se realiza a partir do colesterol, sendo que este tipo de substâncias químicas atuam localmente e desempenham funções fisiológicas importantes); e de natureza peptídica (1) hormonas que o organismo pode produzir em qualquer parte; e, 2) neuropeptídeos que são produzidos pelos neurónios cerebrais) (Pereira, 2014).

A nível cerebral, os neuroesteroides que são produzidos pelas células gliais e neurónios, assim como a testosterona que circula e atravessa a barreira hematoencefálica, podem desempenhar ações neurotróficas, com facilitação do crescimento neuronal e aumento de diversas estruturas que preservam e/ou melhoram a atividade sexual que está dependente das estruturas cerebrais (Pereira, 2014).

Uma diminuição da circulação de testosterona pode ser compensada, a nível cerebral, pelos neuroesteroides e isso acontece, por exemplo, na fase do envelhecimento onde existe uma diminuição da produção testicular (Labrie, Bélanger, Cusan, & Candas, 1997).

Os esteroides caracterizam-se por serem as hormonas sexuais que se originam de transformações enzimáticas a partir do colesterol (Pereira, 2014).

As enzimas presentes nas células cerebrais que são sintetizadoras ou modificadoras de esteroides, os oligodendritos, astrócitos e os neurónios que fazem com que o tecido nervoso seja um tecido esteroideogénico (Svartberg, Jorde, Sundsfjord, Bønaa, & Barrett-Connor, 2003).

Testosterona

Considera-se que a testosterona é o androgénio mais importante, contudo grande parte dos autores considera-a uma pró-hormona. No género masculino, ela é na grande maioria produzida pelas células testiculares de *Leydig* e a sua produção no género feminino realiza-se nos ovários e suprarrenais (Pereira, 2014).

A testosterona total (TT) chega ao cérebro de forma livre (TL) (1% a 3% do total), ou de forma conjugada (98%), sendo transportada através de proteínas (Pereira, 2014).

A ação que a testosterona tem sobre os recetores cerebrais gera alguma controvérsia, pois alguns autores defendem que a testosterona tem uma ação direta sobre os recetores de androgénios (AR), outros defendem que ela só atua quando se transforma em di-hidrotestosterona (DHT) através da 5 α -*reductase* tipo 1, e uns defendem que precisa de uma transformação estrogénica de modo a que possa atuar, mas tendo em conta os recetores estrogénicos (ER), nomeadamente durante o período fetal, de modo a que haja masculinização do cérebro dos fetos XY (Pereira, 2014).

O efeito que os androgénios têm vai diminuindo com o aumento da idade nos humanos e depende da sensibilidade e do número de AR nos tecidos-alvo (Pereira, 2014).

A nível central a ação da testosterona influencia o desejo sexual, o número de ereções noturnas, a qualidade das ereções, a cognição, a memória e o humor, o que se vai refletir em última instância na atividade sexual (Pereira, 2014).

Tanto no género masculino como no género feminino, a testosterona aumenta sempre que exista algum tipo de atividade sexual, mesmo que seja a masturbatória. Os androgénios, no género feminino, apresentam um efeito positivo sobre o desejo sexual, nomeadamente ao nível das fantasias sexuais, pensamentos, orgasmo e excitação sexual (Pereira, 2014).

Contudo, quando a testosterona atua sobre a citoarquitetura e sobre a função das células cerebrais, tem uma influência indireta sobre a sexualidade, devido ao aumento da produção do fator de crescimento do nervo (NGF), através do efeito protetor contra a apoptose e contra o *stress* oxidativo (Pereira, 2014).

A testosterona aumenta com o consumo de álcool em doses moderadas, quer seja no género masculino quer seja no género feminino, contudo, a testosterona baixa por um período superior a 22 horas se ocorrer uma intoxicação aguda (Pereira, 2014).

Este androgénio ativa o córtex orbitofrontal, o *claustrum* e a ínsula que ficam situados no hemisfério direito e está relacionado com a atividade sexual, e por outro lado desativa o gito frontal inferior esquerdo (Redouté et al., 2005).

O desempenho mnésico e o aumento da ativação da amígdala estão relacionados com os níveis elevados de testosterona, desenvolvendo processos de evocação e de codificação (Pereira, 2014).

É importante salientar que as funções cognitivas são muito importantes e desempenham um papel fundamental na atividade sexual, como é o exemplo da memória que pode ser de vários tipos, dos quais se destacam a memória explícita, a memória implícita e a memória autobiográfica (Pereira, 2014).

Di-Hidrotestosterona (DHT)

Os testículos produzem apenas 15 a 20% da Di-Hidrotestosterona e os 80% resultam da conversão da testosterona nos tecidos periféricos, através da 5 α -*reductase* tipo 2 (Pereira, 2014).

A potência biológica da DHT é superior à testosterona e a sua afinidade com os AR é dez vezes superior (Pereira, 2014).

Di-Hidroepiandrosterona e Di-Hidroespiandrosterona sulfato

A Di-Hidroepiandrosterona e a Di-Hidroespiandrosterona sulfato são pró-hormonas e são produzidas, essencialmente, nas suprarrenais. A potência destas pró-hormonas é mais fraca do que a da testosterona e têm bastante importância para o bem-estar geral e só em segundo plano é que este bem-estar pode ser importante para o desejo sexual (Pereira, 2014).

Androsterona

A androsterona caracteriza-se por ser um neuroesteroides que contribui para a regulação sexual do género masculino. Existe uma diminuição de DHT, testosterona e androsterona no líquido cefalorraquidiano (LCR) quando existe hipogonadismo (Pereira, 2014).

Recetores Androgénicos Cerebrais

O género tem interferência na densidade dos recetores androgénicos cerebrais e depende da concentração de androgénios. No hipotálamo existe bastante AR e este tem mais densidade no núcleo mamilar medial (MMN), que é muito importante para a memorização (Pereira, 2014).

A DHT e a testosterona parecem ter um recetor comum. E é de salientar que pode haver interferência na produção, transporte e recetores dos androgénios devido aos polimorfismos (Pereira, 2014).

Estrogénios

Existe alguma controvérsia em relação a esta temática, uns defendem que não encontram diferenças significativas entre os valores de estradiol e a atividade sexual, e segundo outros, os valores mínimos de estrogénios podem intervir no desejo, até no género masculino. Contudo, no género masculino, os estrogénios reduzem o desejo sexual (efeito antiandrogénico) (Pereira, 2014).

Pode-se afirmar que é complexa a regulação da síntese dos estrogénios e os diversos tecidos usam proteínas correpessoras, coativadoras e correguladoras, o que irá originar maior ou menor quantidade de produção de estrogénios. Com o aumento da idade aumenta a atividade de aromatase, o que origina uma maior transformação de androgénios em estrogénios. O comportamento de corte é induzido pelos estrogénios, e nas fêmeas animais o estrogénio desenvolve o reflexo de lordose (Pereira, 2014).

Posto isto, os responsáveis pela diferenciação sexual do cérebro humano durante o período da gestação são as hormonas esteroides. Através da teoria da aromatização, durante os períodos fetal e perinatal, nos indivíduos XY a masculinização cerebral influencia a

identidade de género e, no entanto, a orientação sexual vai depender da aromatização da testosterona e da sua biotransformação em estradiol (Pereira, 2014).

Feromonas

As feromonas caracterizam-se por serem substâncias químicas que são segregadas por glândulas que se situam na boca e no ânus, e a sua constituição é parecida às hormonas esteroides. Tendo em conta o sexo gonádico do animal, elas representam uma comunicação biológica visto que se libertam para o ambiente e são atraídas por um recetor da mesma espécie (comunicação intraespécie) (Mora, 1996).

Estas substâncias químicas facultam a interação sexual nos insetos e com o facto de existir o órgão vomeronasal, os répteis e os mamíferos preservaram as estruturas cerebrais alvo no cérebro primitivo (Mora, 1996).

Nos seres humanos, o reconhecimento do órgão recetor das feromonas acarretou o estudo das feromonas e a ação que estas têm nos humanos, até do ponto de vista terapêutico. Pode-se dizer que o olfato talvez seja o sentido mais antigo e que mais está ligado aos desejos e aos prazeres, incluindo os sexuais (Pereira, 2014).

É necessário uma melhor compreensão dos aspetos relacionais da sexualidade, as possíveis interações biológicas entre os dois indivíduos e as suas bases biológicas (Hyde, & Whipple, 2005).

Prolactina

A prolactina ultrapassa facilmente a barreira hematoencefálica, ela é excretada pela adenotipófise (hipófise anterior) e o sistema dopaminérgico tuberoinfundibular inibe a sua produção. Tanto no género feminino como no género masculino, os valores elevados de prolactina causam uma diminuição do desejo (Pereira, 2014).

Existe um aumento de prolactina e da ocitocina durante a fase da excitação sexual e o seu pico ocorre durante o orgasmo e, no caso da prolactina prolonga-se, nos dois géneros, durante cerca de uma hora, o que contribui para o período refratário. No género feminino este aumento tem consequência direta no número de orgasmos, ou seja, nas mulheres que tiveram dois orgasmos os valores da prolactina são mais elevados comparativamente com as mulheres que só tiveram um e, por sua vez, as mulheres que só tiveram um orgasmo apresentam valores mais elevados comparativamente com as que não tiveram nenhum. Posto isto, pode-se afirmar que no género feminino existe uma correlação entre os picos de prolactina e a satisfação e a qualidade sexuais com o orgasmo e, no género masculino, na indicação e regulação da satisfação e saciedade sexuais (Pereira, 2014).

Dopamina

A dopamina é conhecida por ser a hormona do desejo e assim como a testosterona pode causar a pulsão sexual nos humanos. O glutamato, a testosterona e o óxido nítrico podem influenciar a libertação de dopamina. Esta hormona incita o comportamento sexual

masculino por intermédio da sua ação na área pré-ótica medial (MPOA) que se localiza no hipotálamo, o que vai originar o aumento da transmissão ocitocinérgica central (Pereira, 2014).

Existem três vias dopaminérgicas principais: a neostriatal que advém da substância *nigra* e se projeta no estriado; a mesocortical que advém da área tegmental ventral e se projeta no córtex frontal; e a mesolímbica que advém da área tegmental ventral e se projeta na região límbica. Os comportamentos atribuídos à dopamina (desejo e cognição, atenção. Humor, adição e recompensa) têm como principais responsáveis as vias mesocortical e mesolímbica (Pereira, 2014).

O hipotálamo, a substância *nigra*, o bulbo olfativo e o mesencéfalo são os locais onde se concentram os neurónios dopaminérgicos (Pereira, 2014).

O núcleo *accumbens* e a dopamina são importantes na aprendizagem social, na sua recompensa e na vinculação, e quando esta diminui pode dever-se à incapacidade do indivíduo para estabelecer relações sociais (Pereira, 2014).

O facto da ocitocina e da vasopressina terem uma ação positiva na libertação de dopamina no hipotálamo vai facilitar a vinculação. Os comportamentos sexuais e de acasalamento que resultam da motivação e do desejo estão relacionados com o sistema dopaminérgico de recompensa (Pereira, 2014).

Ocitocina

São os neurónios do núcleo paraventricular (PVN) situados no hipotálamo que produzem a ocitocina. Os efeitos comportamentais da ocitocina devem-se à libertação intracerebral. Existe uma estimulação para a produção de óxido nítrico no PVN, o que está inerente à excitação genital (Pereira, 2014).

Com o aumento da idade também aumentam os valores plasmáticos, por causa da diminuição do efeito inibidor que o ácido gama-aminobutírico (GABA) tem sobre os neurónios magnocelulares. Estes elevam na fase de excitação e atingem o seu pico durante o orgasmo, voltando aos valores base cinco minutos depois, o que pode favorecer a existência do período refratário (Pereira, 2014).

A ocitocina aumenta a confiança que um indivíduo tem em relação aos outros indivíduos e por isso é uma hormona essencial para o desenvolvimento de relações emocionais. Posto isto, esta hormona modula ou suscita diversas emoções e funções fisiológicas, como é exemplo o amor, a felicidade, o afeto, a atração e ainda pode funcionar como calmante (Pereira, 2014).

Vasopressina

A vasopressina liberta-se na neuro-hipófise através dos neurónios hipotalâmicos. Ao contrário do que acontece com a ocitocina, a vasopressina aumenta a sua produção na fase da excitação sexual e diminui durante o orgasmo. Tem implicações diretas nos processos mnésicos, especialmente ao nível da transmissão neuronal no *locus coeruleus* (Pereira, 2014).

Serotonina

A nível cerebral, a serotonina funciona como um precursor da melatonina. Em todas as fases da resposta sexual, a ação da serotonina era considerada como algo negativo (nomeadamente no orgasmo e, no género masculino, na ejaculação). O período refratário aumenta quando aumenta a atividade serotoninérgica. Os níveis de serotonina, a nível cerebral, diminuem com o aumento da idade (Pereira, 2014).

Melatonina

A melatonina exerce um papel muito importante na sexualidade e na reprodução, seja ela humana ou animal. Ela é produzida na epífise ou na glândula pineal (Pereira, 2014).

A sua produção acontece nos períodos de escuridão, visto que a luz inibe-a e existe impedimento da secreção de gonadotrofinas e de testosterona, o que vai diminuir o desejo sexual, tendo consequências ao nível da reprodução (Pereira, 2014).

Opioides

Os opioides estão relacionados com o prazer e estão localizados nos neurónios do núcleo arcuato do hipotálamo e no núcleo do trato solitário do tronco cerebral. E a estrutura cerebral que apresenta maior densidade de recetores opioides é o globo pálido (Pereira, 2014).

O seu papel no comportamento sexual pode gerar alguma controversa, visto que alguns defendem que os opioides têm um efeito positivo ao aumentar a excitação sexual e, posteriormente, provocam a sensação de anestesia e bem-estar, no entanto, outros não defendem este efeito positivo por não encontrarem alterações nos níveis de β -endorfinas na fase de excitação ou do orgasmo, isto pode dever-se ao facto de altas concentrações terem um efeito inibidor do comportamento sexual, enquanto que as baixas concentrações têm um efeito facilitador (Pereira, 2014).

Leptina

A produção de leptina é diminuída pela testosterona, contudo não parece ter efeito direto na sexualidade (Pereira, 2014).

Hormonas tiroideias

A falta de hormonas tiroideias pode influenciar a função sexual (Pereira, 2014).

Adrenalina

O sistema adrenérgico tem relação direta, no género masculino, com a falta de excitação sexual, o que contribui para o estado de flacidez peniano e, no género feminino, ocorre o efeito oposto, pois este relaciona-se com a excitação sexual (Pereira, 2014).

Noradrenalina

Durante a atividade sexual, os níveis plasmáticos são 12 vezes superiores aos valores base e esses valores descem novamente para os valores base cerca de dois minutos após o orgasmo (Pereira, 2014).

Cortisol

O cortisol em valores elevados tem consequências negativas, tanto no género masculino como no género feminino, ao nível da sexualidade (Pereira, 2014).

5. As principais estruturas cerebrais implicadas na sexualidade e suas funções

Córtex Orbitofrontal

As estruturas responsáveis pela função executiva são os lobos frontais e, relativamente ao comportamento sexual, estas estruturas monitorizam os sistemas de recompensa e avaliação, de tomada de decisão social e de julgamento (Pereira, 2014).

Por sua vez, as recompensas primárias (como a sexual) são processadas pelo córtex posterior e medial, e as recompensas secundárias são processadas pelo córtex anterior, estando sempre a recorrer à aprendizagem e a incluir comportamentos adaptativos. Em suma, salienta-se que as redes de recompensa podem ser específicas ou inespecíficas (Pereira, 2014).

A qualidade prazerosa é controlada pelo córtex medial, intervém no controlo inibitório dos comportamentos sexuais, na sua desativação (na presença de estímulos sexuais) e possibilita a passagem ao ato. Estas regiões permitem a realização de uma avaliação estética do corpo de um indivíduo que seja um potencial parceiro sexual, nomeadamente a simetria que é tida como um sinal de uma reprodução saudável e a recompensa que poderá advir de um envolvimento sexual (Kranz, & Ishal, 2006).

Córtex Cingulado

As redes neuronais que estão implicadas nas tomadas de decisão, quer as sexuais (como o papel na motivação e iniciação de comportamentos, ou seja, na urgência sexual e na iniciação emocional) quer as não sexuais (como as económicas e sociais), constituem a porção anterior (Pereira, 2014).

É necessário realizar uma análise de custo-benefício e tomar uma decisão tendo em conta a recompensa ou a expectativa de recompensa sempre que exista um encontro sexual, o que poderá provocar a sua ativação. Ao ficar ativado, há um favorecimento da interação entre estados emocionais (atenção, memória, amor romântico e excitação sexual). As memórias autobiográficas estão relacionadas com a porção posterior (Pereira, 2014).

Ínsula

A ínsula é responsável pelo controlo da resposta autonómica, esta recebe informações sobre a sensibilidade interoceptiva (predominância do hemisfério direito) e processa emoções na sua porção anterior (também localizada no hemisfério direito). A sua ativação está dependente das concentrações de testosterona (Pereira, 2014).

Área tegmental ventral

A área tegmental ventral está encarregue da atenção prolongada a estímulos e da motivação para se obter a resposta. Nesta área estão localizados neurónios dopaminérgicos que são enviados para o sistema límbico, abrangendo várias áreas cerebrais mediais, como o caudado medial que está relacionado com os processos de recompensa (Pereira, 2014).

Córtex temporal

As áreas anteriores estão inseridas no sistema paralímbico. A sua porção superior está ligada aos processos atencionais. Os lobos temporais têm influência na orientação sexual e na perturbação da função sexual, como é o caso das parafilias. A lesão na síndrome de Kluver-Buci pode originar hipersexualidade (Pereira, 2014).

Região septal

O orgasmo e as emoções associam-se com a região septal (Pereira, 2014).

Estruturas mais importantes do sistema límbico:

- *Amígdala*: é importante nas memórias de reconhecimento, de gratificação e implícitas, salientando as de conteúdo emocional. A amígdala realiza a avaliação emocional e de estímulos apetitivos. Ela está envolvida na excitação e no desejo. O comportamento sexual consumatório diminui a sua atividade, enquanto que o comportamento sexual apetitivo a aumenta. Ela ativa-se mais no género masculino quando está na presença de estímulos visuais e, no género feminino a sua parte média é a que fica mais ativa (Pereira, 2014).

- *Núcleo do leito da estria terminal*: está relacionado com a motivação e por isso vai interferir com a excitação e o desejo (Pereira, 2014).

- *Hipotálamo*: abrange o núcleo paraventricular e a área pré-ótica. Com as memórias autobiográficas e episódicas é capaz de recriar experiências passadas ou imaginar novas experiências. O hipotálamo pode originar uma resposta sexual. Existem poucos recetores androgénicos na porção anterior da área hipotalâmica, o que faz com que tenha um papel inibitório na ejaculação e na regulação da função sexual (Pereira, 2014).

- *Hipocampo*: é muito importante na classificação e codificação da informação que é recebida. Posto isto, o hipocampo ao ativar a via dopaminérgica mesolímbica resultante da área tegmental ventral, processa e codifica uma informação nova. Está encarregue da regulação dos eventos penianos (Pereira, 2014).

- *Estriado ventral*: está relacionado com o sistema de recompensa (Pereira, 2014).
- *Núcleo caudado*: faz parte do sistema de recompensa, é subcortical. É importante ao nível da aprendizagem, pois aumenta a atenção, produz motivação para aprender, esperar e prever uma recompensa, o que faz com que esteja relacionado com o amor romântico, com a vinculação, com o comportamento motor e com a excitação sexual (Pereira, 2014).
- *Núcleo accumbens*: é constituído por neurónios dopaminérgicos e é subcortical. A maioria da sua informação provém da amígdala, do córtex orbitofrontal e da área tegmental ventral. Funciona como um ego de ligação entre o sistema motor e límbico, é fundamental para se produzir respostas comportamentais que sejam apropriadas aos estados emocionais (Pereira, 2014).
- *Putâmen*: este gânglio basal é importante para a evolução da excitação sexual e a intensidade da tumescência peniana é ajustada pelo seu *output* motor (Pereira, 2014).
- *Área tegmental ventral*: está situada no mesencéfalo ventral e é constituída por neurónios dopaminérgicos que se estendem para diversas regiões cerebrais mediais (Pereira, 2014).
- *Tálamo*: no género masculino, ele é mais ativado na presença de estímulos visuais eróticos. O sistema de recompensa está interligado com o centro mediano. Conforme existem zonas que se ativam na presença de estímulos sexuais, também existem outras que estão encarregues de inibir a resposta a esses estímulos e acabam por baixar a sua atividade como as circunvoluções média e superior do lobo frontal, bilateralmente. Os sentimentos de culpa e os julgamentos morais estão relacionados com estas zonas. Baixam a sua atividade inibitória perante situações sociais favoráveis o que vai possibilitar, num episódio de urgência sexual, uma atividade consumatória (Pereira, 2014).

Em suma, no género masculino existe maior ativação na amígdala, hipotálamo e tálamo e, no género feminino, as ativações mudam ao longo da vida e a menopausa é o seu grande marcador. Posto isto, nas mulheres pré-menopáusicas é o putâmen, o núcleo caudado, o giro frontal inferior, o corpo caloso e o giro cingulado que têm maior ativação, enquanto que nas mulheres pós-menopáusicas a área límbica é que tem maior ativação, nomeadamente a circulação frontal superior e o corpo caloso (Maravilla, & Yang, 2008).

6. A importância das variáveis biomédicas no funcionamento sexual

Podem-se classificar as causas da disfunção sexual como orgânicas (fatores físicos ou médicos, como doenças, lesões ou efeitos de drogas) ou psicossociais (incluindo fatores psicológicos, interpessoais, ambientais e culturais). Nem sempre se pode identificar num determinado indivíduo, a precisão da causa de uma disfunção específica e, em alguns casos, pode ser uma combinação de vários fatores diferentes. Visto que a frequência das causas orgânicas ainda é elevada, é importante que uma pessoa que procure o tratamento para uma disfunção sexual tenha um exame físico, assim como testes laboratoriais adequados para identificar problemas pertinentes (Masters et al., 1995).

Posto isto e segundo alguns estudos, a disfunção sexual está diretamente relacionada com o aumento da idade (Castelo-Branco et al., 2003; Cayan et al., 2004; Lewis et al., 2004; Moore et al., 2013; Wang, Wang, Wang, & Li, 2015; Whitehouse, 2009), com o índice de massa corporal - IMC (Wang et al., 2015) e com os diabetes (Erten, Zincir, Özkan, Selçuk, & Elmah, 2013; Wang et al., 2015).

Os estados hiperglicémicos e hipoinsulínicos causados pelo diabetes *mellitus* estão por norma associados com alguns tipos de disfunção sexual, isto pode resultar na infertilidade em humanos e modelos experimentais, nomeadamente devido às suas consequências sob a função ejaculatória (Pontes et al., 2011).

Os níveis de triglicéridos elevados, altos níveis de colesterol (Fung et al., 2004; Pinnock et al., 1999), e elevado índice de massa corporal são preditores de baixo funcionamento sexual (Pinnock et al., 1999).

Os pacientes com disfunções sexuais apresentam elevadas incidências de doenças cardiovasculares (Anyfanti et al., 2013; DeBusk et al., 2000; Stein et al., 2016) e hipertensão arterial (Nascimento, Maia, Nardi, & Silva, 2015). Posto isto, convém salientar que a hipertensão é uma doença crónica cujo tratamento exige que os pacientes frequentem consultas médicas regularmente e durante esse tratamento regular, existe a possibilidade de que os médicos também possam começar a investigar outros problemas de saúde, nomeadamente disfunções sexuais (Nascimento, Maia, Nardi, & Silva, 2015).

A disfunção erétil pode ter um forte efeito negativo sobre o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo e existem inúmeros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desta perturbação (Marumo, & Murai, 2001).

Segundo diversos estudos, a DE está diretamente relacionada com o aumento da idade (Derosa, Romano, Tinelli, D'Angelo, & Maffioli, 2015; Dias et al., 2016; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994; Fung, Bettencourt, & Barrett-Connor, 2004; Johannes et al., 2000; Marumo, & Murai, 2001; Martin-Morales et al., 2001; Nicolai et al., 2014; Omland, Randby, Hrubos-Strøm, Røsjø, & Einvik, 2016; Pinnock, Stapleton, & Marshall, 1999; Rosen, Fisher, Eardley, Niederberger, Nadel, & Sand, 2004; Teles et al., 2008; Zheng, Fan, Li, & Tam, 2006). Existem condições médicas e fatores de risco, como doença cardiovascular

(Dong, Zhang, & Qin, 2011; Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Gandaglia et al., 2014; Gandaglia et al., 2016; Jackson, 2006; Johannes et al., 2000; Nicolai et al., 2014; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004), hipertensão (Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Johannes et al., 2000; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004) e diabetes que estão associados diretamente com o aumento da prevalência de disfunção erétil (Chew, Earle, Stuckey, Jamrozik, & Keogh, 2000; Feldman et al., 1994; Feldman et al., 2000; Hatzimouratidis, & Hatzichristou, 2009; Johannes et al., 2000; Laumann et al., 2007; Martin-Morales et al., 2001; Omland et al., 2016; Polonsky et al., 2009; Rosen et al., 2004).

A disfunção erétil também está diretamente associada a níveis mais elevados de triglicerídeos (Derosa et al., 2015) e ao estado de obesidade, podendo este ser um fator de risco (Derby et al., 2000; Esposito, & Giugliano, 2005; Feldman et al., 2000; Pinnock et al., 1999).

Sendo assim, pode-se concluir que a disfunção sexual constitui um importante problema de saúde que está fortemente relacionado com idade (Feldman et al., 1994). Sendo que ainda não é claro se são os problemas sexuais que levam a uma má qualidade de vida ou se é a má qualidade de vida que leva aos problemas sexuais (Ventegodt, 1998).

Referências Bibliográficas

- Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145(2), 133-137.
- Aboim, S. (2013). *A sexualidade dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association.
- Anyfanti, P., Pyrpasopoulou, A., Triantafyllou, A., Doumas, M., Gavriilaki, E., Triantafyllou, G., ... & Douma, S. (2013). The impact of frequently encountered cardiovascular risk factors on sexual dysfunction in rheumatic disorders. *Andrology*, 1(4), 556-562.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2008). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Bulcão, C. B., Carange, E., de Carvalho, H. P., Ferreira-França, J. B., Kligerman-Antunes, J., Backes, J., ... & Sholl-Franco, A. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciências & Cognição*, 1, 54-75.
- Castelo-Branco, C., Blumel, J. E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J., & Gramegna, G. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 426-430.
- Cayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B. U. L., Acar, D., & Ulusoy, E. U. M. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Chew, K. K., Earle, C. M., Stuckey, B. G. A., Jamrozik, K., & Keogh, E. J. (2000). Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Impotence Research*, 12(1), 41-45.
- DeBusk, R., Drory, Y., Goldstein, I., Jackson, G., Kaul, S., Kimmel, S. E., ... Zusman, R. (2000). Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *The American journal of cardiology*, 86(2), 62-68.
- Derby, C. A., Mohr, B. A., Goldstein, I., Feldman, H. A., Johannes, C. B., & McKinlay, J. B. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk?. *Urology*, 56(2), 302-306.
- Derosa, G., Romano, D., Tinelli, C., D'Angelo, A., & Maffioli, P. (2015). Prevalence and associations of erectile dysfunction in a sample of Italian males with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 108(2), 329-335.
- Dias, R., Alarcão, V., da Mata, S., Miranda, F. L., Simões, R., Carreira, M., ... & Galvão-Teles, A. (2016). Erectile dysfunction in primary care: Sexual health inquiry and cardiovascular risk factors among patients with no previous cardiovascular events. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 250-258.

- Dong, J. Y., Zhang, Y. H., & Qin, L. Q. (2011). Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(13), 1378-1385.
- Erten, Z. k., Zincir, H., Özkan, F., Selçuk, A., & Elmah, F. (2013). Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of clinical nursing*, 23, 995-1004.
- EuroPsy (2008). EuroPsy - the European Certificate in Psychology. Acedido em 17 de abril de 2017 em http://www.inpa-europsy.it/nuovi.docum.2008/EuroPsy_english.pdf.
- Esposito, K., & Giugliano, D. (2005). Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *International journal of impotence research*, 17(5), 391-398.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*, 151(1), 54-61.
- Feldman, H. A., Johannes, C. B., Derby, C. A., Kleinman, K. P., Mohr, B. A., Araujo, A. B., & McKinlay, J. B. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Preventive medicine*, 30(4), 328-338.
- Fung, M. M., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2004). Heart disease risk factors predict erectile dysfunction 25 years later: the Rancho Bernardo Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(8), 1405-1411.
- Gandaglia, G., Briganti, A., Jackson, G., Kloner, R. A., Montorsi, F., Montorsi, P., & Vlachopoulos, C. (2014). A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *European urology*, 65(5), 968-978.
- Gandaglia, G., Briganti, A., Montorsi, P., Mottrie, A., Salonia, A., & Montorsi, F. (2016). Diagnostic and Therapeutic Implications of Erectile Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease. *European urology*. 70, 219-222.
- Georgiadis, J. R., & Kringelbach, M. L. (2012). The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in neurobiology*, 98(1), 49-81.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2009). Erectile dysfunction and diabetes mellitus. *Insulin*, 4(2), 114-122.
- Hyde, J., & Whipple, B. (2005). *Biological Substrate of Human Sexuality*. Washington DC: American Psychological Association.
- Jackson, G. (2006). Erectile dysfunction: a marker of silent coronary artery disease. *Eur Heart J*, 27(22), 2613-2614.
- Johannes, C. B., Araujo, A. B., Feldman, H. A., Derby, C. A., Kleinman, K. P., & McKINLAY, J. B. (2000). Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *The Journal of urology*, 163(2), 460-463.

- Kalmus, E., & Beech, A. R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior, 10*(2), 193-217.
- Kranz, F., & Ishal, A. (2006). Face perception is Modulated by Sexual Preference. *Current Biology, 16*, 63-68.
- Labrie, F., Bélanger, A., Cusan, L., & Candas, B. (1997). Physiological changes in dehydroepiandrosterone are not reflected by serum levels of active androgens and estrogens but of their metabolites: intracrinology. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 82*(8), 2403-2409.
- Laumann, E. O., West, S., Glasser, D., Carson, C., Rosen, R., & Kang, J. H. (2007). Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: From the male attitudes regarding sexual health survey. *The journal of sexual medicine, 4*(1), 57-65.
- Levine, L. A. (2000). Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *The American journal of medicine, 109*(9), 3-12.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine, 1*(1), 35-39.
- Lue, T. F. (2000). Erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine, 342*(24), 1802-1813.
- Maravilla, K. R., & Yang, C. C. (2008). Magnetic resonance imaging and the female sexual response: Overview of techniques, results, and future directions. *The journal of sexual medicine, 5*(7), 1559-1571.
- Martin-Morales, A., Sanchez-Cruz, J. J., De Tejada, I. S., Rodriguez-Vela, L., Jimenez-Cruz, J. F., & Burgos-Rodriguez, R. (2001). Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *The Journal of urology, 166*(2), 569-575.
- Marumo, K., & Murai, M. (2001). Aging and erectile dysfunction: the role of aging and concomitant chronic illness. *International Journal of Urology, 8*(8), S50-S57.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1988). O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual. *Rio de Janeiro: Nova Fronteira*.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1995). *Human sexuality*, Fifth Edition. New York: Longman.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The journal of sexual medicine, 1*(1), 66-68.
- Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity, 21*(10), 1966-1974.
- Mora, O. (1996). Feromonas y conducta sexual. In: Llusia, J., Tresguerres, J. *Hormonas, instintos y emociones*. Madrid: Editorial Complutense SA.
- Mosher, D. L. (1980). Three dimensions of depth of involvement in human sexual response 1. *Journal of Sex Research, 16*(1), 1-42.

- Nascimento, E. R., Maia, A. C. O., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2015). Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 181, 96-100.
- Nicolai, M. P., van Bavel, J., Somsen, G. A., de Grooth, G. J., Tulevski, I. I., Lorscheid, A., ... & Elzevier, H. W. (2014). Erectile dysfunction in the cardiology practice – a patients' perspective. *American heart journal*, 167(2), 178-185.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2004). *Health psychology*. Berkshire: Open University.
- Omland, T., Randby, A., Hrubos-Strøm, H., Røsjø, H., & Einvik, G. (2016). Relation of Erectile Dysfunction to Subclinical Myocardial Injury. *The American Journal of Cardiology*, 1821-1825.
- Pereira, N. M. (2014). *Sexologia Médica*. Lisboa: Lidel.
- Pfaus, J. G., Kippin, T. E., & Coria-Avila, G. (2003). What can animal models tell us about human sexual response?. *Annual review of sex research*, 14(1), 1-63.
- Pinnock, C. B., Stapleton, A. M., & Marshall, V. R. (1999). Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Medical Journal of Australia*, 171, 353-357.
- Polonsky, T. S., Taillon, L. A., Sheth, H., Min, J. K., Archer, S. L., & Ward, R. P. (2009). The association between erectile dysfunction and peripheral arterial disease as determined by screening ankle-brachial index testing. *Atherosclerosis*, 207(2), 440-444.
- Pontes, D. A., Fernandes, G. S., Piffer, R. C., Gerardin, D. C., Pereira, O. C., & Kempinas, W. G. (2011). Ejaculatory dysfunction in streptozotocin-induced diabetic rats: the role of testosterone. *Pharmacological Reports*, 63(1), 130-138.
- Puppo, V. (2011). Embryology and anatomy of the vulva: The female orgasm and women's sexual health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154(1), 3-8.
- Redouté, J., Stoléro, S., Pugeat, M., Costes, N., Lavenne, F., Le Bars, D., ... & Pujol, J. F. (2005). Brain processing of visual sexual stimuli in treated and untreated hypogonadal patients. *Psychoneuroendocrinology*, 30(5), 461-482.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Livpsic-Psicologia.
- Rosen, R. C., Fisher, W. A., Eardley, I., Niederberger, C., Nadel, A., & Sand, M. (2004). The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current medical research and opinion*, 20(5), 607-617.
- Sara, S., Leal, I. P., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, saúde & doenças*, 193-204.

- Stein, R., Sardinha, A., & Araújo, C. G. S. (2016). Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), 410-420.
- Svartberg, J., Jorde, R., Sundsfjord, J., Bønaa, K. H., & Barrett-Connor, E. (2003). Seasonal variation of testosterone and waist to hip ratio in men: the Tromso study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(7), 3099-3104.
- Teles, A. G., Carreira, M., Alarcão, V., Aragüés, J. M., Lopes, L., & Mascarenhas, M. (2008). Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative sample of 3,548 portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: results of the Portuguese erectile dysfunction study. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1317-1324.
- Thomas, H. N., & Thurston, R. C. (2016). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49-60.
- Vázquez, L. A., Cabrera, A. R., & Avich, N. S. (2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1).
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of sexual behavior*, 27(3), 295-307.
- Wang, G. L., Wang, L., Wang, Y. L., & Li, M. L. (2015). Risk factors for sexual dysfunction among Chinese women with type 2 diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 35(3), 219-224.
- Whitehouse, C. R. (2009). Sexuality in the older female with diabetes mellitus - a review of the literature. *Urologic nursing*, 29(1), 11-19.
- Zheng, H., Fan, W., Li, G., & Tam, T. (2006). Predictors for erectile dysfunction among diabetics. *Diabetes research and clinical practice*, 71(3), 313-319.